TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DU NEZ

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DU NEZ

ET DE

LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

PAR

MORELL-MACKENZIE

Médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge
et de la poitrine, à Londres
Professeur de laryngologie au « London Hospital »
etc., etc.

TRADUIT DE L'ANGLAIS ET ANNOTÉ

Par les Docteurs

E.-J. MOURE
Professeur libre de laryngologie et d'otologie
Directeur de la *Revue de Laryngologie*, etc.

J. CHARAZAC (DE TOULOUSE)
Membre de la Société française
d'otologie et de laryngologie

Avec 82 figures dans le texte



PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON

1887

AVANT-PROPOS DE L'AUTEUR

POUR LA TRADUCTION FRANÇAISE

A la satisfaction naturelle que j'éprouve à voir complétée la traduction française de mon travail se mêle un sentiment de tristesse ; le nom de Bertier est absent de la couverture du livre. *Mentem mortalia tangunt*, et je pleure bien plus l'ami que je ne regrette l'interprète . Quant à mes traducteurs actuels, le docteur E.-J. Moure et le docteur Charazac, je n'ai pas à recommander le premier, car son nom est maintenant bien connu de ses confrères spécialistes dans le monde entier.

Le docteur Charazac remplace Bertier ; on ne pouvait, j'en suis sûr, faire un meilleur choix ; jeune chevalier du laryngoscope, il a gagné ses éperons par son excellente thèse sur *l'œdème du larynx* et nous a donné des preuves suffisantes de sa compétence par ses divers travaux et les nombreuses analyses d'auteurs anglais qu'il a publiées dans la *Revue mensuelle de Laryngologie, d'otologie et de Rhinologie*.

Londres, 23 juin 1887.

MORELL-MACKENZIE.

AVANT-PROPOS DES TRADUCTEURS

Lorsqu'en 1882, nous avons fait paraître, en France, la traduction du *Traité des maladies du larynx* de l'éminent professeur de Londres, nous faisions remarquer combien nous semblait opportune la publication d'un traité didactique de ce genre.

A cette époque, la laryngologie avait fait de très notables progrès et le succès de cette première publication, déjà traduite en allemand, indiquait assez le courant scientifique considérable qui s'était fait dans ce sens. Ce que nous disions alors des maladies du larynx, nous pourrions le répéter pour les affections des fosses nasales, l'étude pathologique de cette région ayant pris, durant ces dernières années, un très grand développement.

L'ouvrage considérable de M. Morell-Mackenzie, fait avec le soin auquel nous a habitué cet auteur et basé sur sa longue expérience, nous paraissait bien digne de figurer à côté du premier volume. Toutefois, nous avons distrait de l'ouvrage, la première partie consacrée aux maladies de l'œsophage, cette pathologie nous paraissant

suffisamment exposée dans nos traités de pathologie ou les articles de nos grands dictionnaires.

Depuis l'apparition du volume anglais, quelques chapitres ayant été un peu mieux étudiés, nous avons cru devoir compléter par des notes ce qui nous semblait incomplet ; c'est ainsi que nous avons ajouté un chapitre consacré à l'étude du catarrhe et des kystes de la bourse pharyngienne. Dans d'autres cas, nous avons exposé nos vues et nos observations personnelles, soit pour confirmer celles de l'auteur, soit au contraire pour combattre quelques-unes de ses opinions.

Nous ne terminerons pas ce court avant-propos sans consacrer un souvenir à la mémoire de notre collaborateur dans la traduction du premier volume, le Dr Francis Bertier, enlevé à la science et à ses amis au moment où le succès venait couronner ses travaux.

Nous voulons aussi exprimer à M. O. Doin, notre éditeur, toute notre gratitude pour le soin qu'il a apporté à la confection matérielle de ce volume.

E.-J. M. et J. Ch.

29 juin 1887.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DU NEZ

ET DE

LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

PREMIÈRE PARTIE

NEZ

ANATOMIE DES FOSSES NASALES

Les fosses nasales forment des cavités anfractueuses limitées *en haut* par la face inférieure du tiers antérieur de la base du crâne, *en bas* par la face supérieure de la voûte palatine, *en dehors* par la paroi orbitaire et le maxillaire supérieur, tandis qu'*en dedans* elles sont séparées l'une de l'autre par une cloison en partie osseuse, en partie cartilagineuse.

En avant, les fosses nasales s'ouvrent dans les cavités des narines ou *vestibules du nez* par deux ouvertures ovales, — narines antérieures, — situées sur un plan vertical et inclinées presque à angle droit sur les orifices externes du nez.

En arrière, elles communiquent avec la partie supérieure du pharynx par les narines postérieures, ou arrière-fosses nasales (choanes), ouvertures quadrilatères regardant d'avant en arrière et un peu de haut en bas.

Chaque fosse nasale peut être décrite comme un conduit

irrégulier présentant quatre parois et affectant quelque peu la forme d'une pyramide. La paroi supérieure ou voûte est horizontale à sa partie moyenne, mais s'incline brusquement en bas, soit en avant, soit en arrière. La paroi inférieure du plancher, à peu près horizontale, ne présente qu'une légère inclinaison de haut en bas et d'avant en arrière, tandis que les parois latérales internes et externes sont à peu près verticales et parallèles l'une à l'autre.

La voûte est formée, dans sa partie horizontale par la lame criblée de l'ethmoïde, et constitue dans un espace très restreint le plancher immédiat du cerveau. Sa partie antérieure, formée par l'épine nasale du frontal et l'os propre du nez, s'incline graduellement de haut en bas, d'arrière en avant. Le tiers postérieur de la voûte, qui est elle aussi inclinée à angle droit sur la portion horizontale, est formé par le corps du sphénoïde continué en arrière par l'apophyse basilaire de l'occipital.

Le plancher de chaque fosse nasale est constitué à sa partie antérieure par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, et à la partie postérieure par la lame horizontale de l'os palatin.

Il est légèrement excavé, de l'un à l'autre côté et présente à sa partie antérieure l'orifice du canal nasal.

La paroi interne et médiane constituant la *cloison des fosses nasales* présente des faces à peu près quadrilatères, et après la septième année elle est habituellement inclinée de l'un ou de l'autre côté, élargissant ainsi légèrement une des cavités aux dépens de sa congénère. Dans beaucoup de cas, toutefois, cette inclinaison latérale de la cloison est suffisamment prononcée pour causer une obstruction sérieuse de l'une des fosses nasales et constituer une difformité que nous étudierons plus loin sous le titre de *Déviation de la cloison.*

La cloison est formée en arrière par le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, et en avant par une lame cartilagineuse verticale, qui est reçue dans l'angle de jonction des deux os. Le bord interne de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et du palatin, s'élève à la partie supérieure, de façon à former une crête qui fait avec celle de l'os opposé, un

rebord osseux, situé le long de la ligne médiane du plancher des fosses nasales; cette saillie constitue la base de la cloison des fosses nasales.

La paroi externe de chaque cavité est à peu près verticale, légèrement inclinée, toutefois, en bas et en dehors. Dans sa partie supérieure, elle est formée par l'épine frontale du maxillaire supérieur, l'os unguis et la lame orbitaire de l'ethmoïde ; dans sa partie inférieure, par la face interne du corps du maxillaire supérieur, la lame perpendiculaire du palatin et l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Cependant la surface de la paroi externe est rendue inégale par la présence des cornets, qui font saillie dans la cavité nasale, laissant entre eux des espaces auxquels on a donné le nom de méats.

Il existe toujours trois cornets et fréquemment un quatrième. Chacun d'eux est formé d'une lame mince, triangulaire, percée d'un grand nombre de petites ouvertures. Ils sont tellement enroulés sur eux-mêmes qu'ils présentent une convexité en haut, en dedans, et un peu en avant. Les trois cornets partent de la paroi latérale des fosses nasales, à peu près à égale distance les uns des autres, leur bord d'insertion étant horizontal et à peu près parallèle, tandis que le bord libre recourbé est convexe. Aussi chacun d'eux présente-t-il une partie centrale très large. L'extrémité postérieure de leur point d'insertion est placée à peu près sur une même ligne verticale, et comme chaque cornet est plus long que celui qui est immédiatement au-dessus de lui, il en résulte que l'extrémité antérieure du cornet inférieur est plus rapprochée de l'orifice des narines antérieures que le cornet moyen, et celui-ci à son tour plus que le cornet supérieur.

Si nous étudions les cornets de plus près, nous verrons que le cornet inférieur est le plus développé, le plus dense dans sa structure et que seul il est formé par un os indépendant. Sa longueur varie entre 25 et 50 millimètres et sa largeur entre 5 et 15. Il s'attache au maxillaire supérieur; son extrémité antérieure aiguë est en rapport avec la portion antérieure de l'apophyse nasale de cet os, tandis que son extrémité postérieure arrondie, s'étend jusqu'à

l'apophyse ptérygoïde interne. Les cornets moyens et supérieurs ne sont à proprement parler que des lamelles de l'ethmoïde, et bien que séparés en arrière ils sont unis en avant. Le cornet moyen est plus enroulé au centre qu'à ses extrémités. Près de son bord antérieur libre, est une petite saillie — (*the agger nasi*[1]) — dirigée en dedans; et le point correspondant de la cloison présente une légère proéminence. Ces deux petites protubérances établissent une ligne de démarcation arbitraire entre la région olfactive située au-dessus, et le canal respiratoire situé au-dessous. Au-dessus du cornet moyen se trouve le cornet supérieur qui, à son tour, est souvent divisé en deux par une fente horizontale occupant son bord supérieur, de manière à constituer de fait un quatrième cornet, qui est toujours plus court que le cornet sous-jacent. L'existence de ce quatrième cornet fut constatée pour la première fois par Santorini[2], et, d'après Zuckerkandl[3], on le rencontrerait dans plus du tiers des cas.

Les cornets faisant saillie dans chaque cavité nasale la divisent en trois conduits, ou méats, communiquant en dedans avec l'étroit espace qui reste des fosses nasales et dans lequel il n'y a rien d'interposé entre la voûte et le plancher. Le plus élevé de ces conduits, méat supérieur, est limité par les cornets supérieur et moyen et par la partie de la paroi externe qu'ils comprennent entre eux; il communique au moyen d'une ouverture avec les cellules postérieures de l'ethmoïde et par elles avec les sinus du sphénoïde. Quand il existe un quatrième cornet, on trouve aussi un quatrième méat. Le méat moyen se trouve entre les cornets moyen et inférieur. Il communique en haut avec les cellules antérieures de l'ethmoïde, et sur sa paroi externe, se trouve une ouverture en forme de croissant — *hiatus* semi-lunaire, ou fissure ethmoïdale — d'environ 2 centimètres de long; la convexité du croissant est dirigée en avant et en bas. La courbe de l'apophyse unciforme de

[1] H. Meyer : *Lehrb. d. phys. anat.* Leipsig, 1856.
[2] *Observ. anatom.* Venetiis, 1724, cap. v. p. 89.
[3] *Anatomie der Nasenhöhle.* Wien., 1882, p. 31.

l'ethmoïde forme la limite inférieure de l'hiatus semi-lunaire, le bord supérieur étant constitué par la face inférieure des cellules ethmoïdales. Une des cellules ethmoïdales se recourbe en dehors vis-à-vis de la partie moyenne de l'apophyse unciforme, déterminant une saillie dénommée par Zuckerkandl[1] *bulla ethmoïdalis*. L'hiatus semi-lunaire conduit à une cavité en forme d'entonnoir (*infundibulum*), qui communique par sa partie antéro-supérieure avec les cellules du frontal, et par sa partie postéro-inférieure, par l'*ostium maxillare*, avec l'antre d'hygmore. Immédiatement en dehors de l'hiatus semi-lunaire on trouve aussi une ouverture additionnelle s'ouvrant dans une cavité[2] — *ostium maxillare accessorium*. Le méat inférieur est compris entre le cornet inférieur et le plancher de la cavité nasale. A la partie antérieure du méat, au niveau de l'articulation du cornet inférieur à l'épine nasale du maxillaire supérieur, se trouve l'orifice du canal nasal. Chaque fosse nasale, ainsi que nous l'avons fait remarquer, se continue en avant avec les cavités ou *vestibules* du nez. Là, toutefois, la charpente osseuse fait place à des cloisons cartilagineuses. Celles-ci, bien que variables quant au nombre et à la forme, réduites à leur plus simple développement, se composent de trois cartilages, un médian et deux latéraux. Le premier forme une lame perpendiculaire rhomboïdale, qui complète la cloison des fosses nasales et supporte la partie inférieure du dos du nez, au-dessous des os propres. La partie du bord antérieur qui sert à ce dernier objet est large et évidée, tandis que la portion située au-dessus s'applique à la suture des os propres du nez et celle qui est au-dessous est dirigée brusquement en bas pour se terminer à l'épine nasale antérieure. Attachées à angle aigu à la portion large et évidée de la cloison, se trouvent deux lames qui servent, avec les cartilages latéraux proprement dits, à supporter les parois externes de la cavité des narines. Chacune de ces lames latérales présente une forme triangu-

[1] *Op. cit.*, p. 36.

[2] Voir Zuckerkandl (*op. cit.*, p. 22). J'ai rencontré cette cavité accessoire sur neuf ou dix crânes que j'ai examinés. (Note de l'auteur.)

laire, s'attache en haut au bord tranchant de l'os propre du nez, tandis que son bord inférieur, libre, est quelque peu recourbé de façon à se projeter légèrement sur la cavité des narines. Ses cartilages latéraux proprement dits supportent la paroi externe et une petite portion de la paroi interne des narines. Ils consistent en deux segments, unis à angle aigu. La partie plus grande, de forme grossièrement triangulaire, surmonte légèrement les lames latérales du cartilage médian et forment la charpente des ailes du nez. Les autres parties plus petites supportent la cloison entre les deux narines, remplissant l'espace laissé vide par le bord recourbé de la lame perpendiculaire.

L'intérieur des fosses nasales est revêtu de toutes parts par une membrane muqueuse se continuant en avant avec la peau de la face, et en arrière avec la muqueuse qui tapisse le pharynx. Les caractères varient suivant les différentes parties qu'elle recouvre, mais d'une façon générale elle suit assez exactement les divisions de la charpente osseuse. Elle présente deux couches, une profonde, fibreuse, une superficielle, muqueuse, recouverte d'un épithélium.

La couche fibreuse placée immédiatement sur le squelette du nez, remplit les fonctions de périoste pour les parties osseuses, de périchondre pour les cartilages; ses adhérences avec ces derniers sont parfois assez lâches, tandis qu'elles sont très solides dans les autres parties. Panas[1] a démontré que cette membrane était beaucoup plus dense et plus fibreuse au niveau de la partie postérieure de la cloison et de l'espace avoisinant la base du crâne que dans tous les autres points. La portion superficielle de la muqueuse peut être, d'après sa structure histologique et ses fonctions physiologiques, divisée en : supérieure ou olfactive et inférieure servant uniquement au passage de l'air. La première, mince, adhère intimement à la couche profonde ou périoste; elle n'est pas très vasculaire, mais présente une coloration brun pâle due à la

[1] *Bull. de la Soc. de Chir.*, 9 juillet 1873.

présence de pigment dans les glandes et l'épithélium. Ce dernier est cylindrique, dépourvu de cils vibratiles, et entre les cellules épithéliales cylindriques se trouvent des éléments particuliers ayant la forme de bâtonnets et connus sous le nom de *cellules olfactives* de Schultze. Le sang de la région olfactive vient principalement de l'ethmoïdale antérieure et des branches nasales de l'ethmoïdale postérieure.

Les nerfs lui sont fournis par la terminaison de l'olfactif lui-même qui, après son passage à travers les orifices de la lame criblée de l'ethmoïde, se distribue à la voûte et à la paroi supérieure interne des fosses nasales dans son tiers supérieur. Dans la partie respiratoire, la couche profonde de la muqueuse est séparée de la couche superficielle par du tissu conjontif, qui renferme de nombreux vaisseaux de différents calibres se distribuant à sa surface.

Cette dernière portion à sa partie antérieure se rapproche par sa structure de la peau extérieure ; son épithélium est en effet pavimenteux et disposé par couches, tandis qu'immédiatement en dedans des narines il est pourvu de follicules pileux et de glandes sébacées. L'épithélium pavimenteux ne recouvre pas seulement toute la muqueuse de la charpente cartilagineuse, mais il s'étend encore en arrière aussi loin que le bord antérieur du cornet inférieur. Le reste du conduit respiratoire est muni d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, les cils vibrant du côté des arrière-fosses nasales.

Les nerfs de cette portion des fosses nasales viennent principalement du ganglion de Meckel. Au voisinage des ouvertures par lesquelles les cavités nasales communiquent avec les sinus voisins, la muqueuse ne suit pas exactement les contours de la charpente osseuse, mais présente des replis, qui méritent une courte description. Ainsi, en face de l'orifice en forme de fente, par lequel les cellules ethmoïdales antérieures s'ouvrent dans le méat moyen, la muqueuse présente un repli qui forme une rainure correspondant à la fissure de l'os sous-jacent (hiatus semi-lunaire) et augmente considérablement la profondeur de cette cavité. La muqueuse de l'antre est aussi parfois en continuité avec celle du méat moyen, à l'aide d'une

petite ouverture circulaire accessoire, placée immédiatement en face de l'insertion du cornet inférieur, près de l'extrémité postérieure de l'hiatus semi-lunaire. Dans le méat inférieur la forme de l'ouverture du conduit lacrymal est considérablement modifiée par la disposition de la muqueuse qui l'entoure. A l'état frais, cette ouverture est tantôt circulaire, tantôt ovale, soit dans le sens vertical, sans dans le sens transversal, tandis que d'autres fois la muqueuse est disposée de façon à former une rainure autour de l'ouverture. Sur le plancher des fosses nasales, la muqueuse s'insinue dans les trous naso-palatins situés de chaque côté de la cloison, à 13 millimètres environ de l'orifice des fosses nasales antérieures, et se trouve quelquefois par ces ouvertures en continuité avec la muqueuse de la voûte palatine.

La membrane muqueuse qui recouvre les cornets est remplie de glandes, dont les ouvertures sont visibles à la surface, bien que les glandes elles-mêmes soient profondément situées dans l'intérieur des tissus sous-épithéliaux. Au contraire, les glandes de la muqueuse qui recouvre la cloison sont peu volumineuses et en petit nombre.

Artères. — Les artères qui nourrissent les fosses nasales viennent de deux sources, la branche nasale postérieure, de la maxillaire interne, la branche ethmoïdale antérieure, de l'ophthalmique.

La première pénètre par le trou sphéno-palatin et se divise en deux branches : une latérale passant en arrière des cornets et se distribuant aux tissus voisins ; une médiane pour la cloison, où elle s'anastomose avec les rameaux de l'ethmoïdale antérieure. Cette dernière artère, outre qu'elle nourrit la cloison, fournit encore des rameaux aux portions latérales des fosses nasales.

Toutes ces artères contribuent à former un rameau capillaire très épais et surtout développé, au-dessous de la muqueuse qui recouvre la partie respiratoire du conduit.

Veines. — Les veines des fosses nasales, comme c'est la règle, accompagnent les artères, mais sont plus nombreuses et

plus développées. Elles communiquent principalement avec les veines faciales et ophthalmiques, mais passent aussi à travers la lame criblée de l'ethmoïde et chez les jeunes sujets fournissent, à travers le foramen cœcum, des branches au sinus longitudinal supérieur, quelques rameaux, peu nombreux il est vrai, se jettent dans le sinus coronaire. Les veines qui sillonnent les cornets, situées entre le périoste et la muqueuse, forment, ainsi que l'a démontré le premier Kohlrausch[1], « un réseau caverneux ». Bientôt après, Bigelow[2] donna une description plus complète de leur structure, accompagnée de planches fort bien faites et démontra qu'elles avaient bien véritablement le caractère du tissu érectile. Voltolini[3] fit en outre remarquer que dans chaque cornet, malgré sa structure extrêmement délicate, on peut, après macération, voir un nombre considérable de petits orifices. C'est à travers ces orifices que passent les petits vaisseaux, qui perforent les cornets en des points si nombreux et si rapprochés qu'on a compté dix orifices vasculaires sur un espace de trois millimètres carrés. Les parties molles adhèrent intimement aux saillies et aux dépressions du périoste et, selon l'expression de Voltolini, recouvrent le tissu osseux, comme une éponge recouvre le banc de corail qui la supporte. Les corps caverneux, les os et la muqueuse qui les recouvrent constituent les cornets du nez.

Lymphatiques. — Les lymphatiques forment un rameau superficiel et se terminent à deux troncs passant près de l'ouverture de la trompe d'Eustache et allant se jeter dans les ganglions de la paroi latérale du pharynx.

Nerfs. — Les nerfs sont de deux ordres : ceux de sensibilité générale ; ceux de la sensibilité spéciale. Les premiers viennent du sphéno-palatin, branche du maxillaire supérieur et du nerf vidien, qui innerve la partie supérieure et postérieure de la cloison ; des branches nasales de l'ophthalmique qui se rami-

[1] *Muller's Arch.*, 1853, p. 149.

[2] *Boston Med. and Surg. journal*, 29 avril 1875.

[3] *Monatssch. fur Ohrenheilkunde*, 1877, nº 44.

fient à la partie supérieure et antérieure de la cloison et à la partie supérieure de la portion externe de la paroi ; du naso-palatin qui se distribue à la partie moyenne de la cloison, et du nerf palatin antérieur qui innerve les cornets moyen et inférieur.

Le nerf de sensibilité spéciale est l'olfactif, dont les filets, après avoir traversé les orifices de la lame criblée de l'ethmoïde, s'épanouissent sur le tiers supérieur de la cloison, et sur les cornets supérieur et moyen.

Quelques filaments du sympathique ont aussi été décrits dans la muqueuse des fosses nasales.

RHINOSCOPIE

On pratique l'examen des fosses nasales de trois manières différentes : 1° en introduisant un spéculum dans les narines, on explore ainsi une grande surface de la partie antérieure des cavités nasales ; 2° on peut examiner parfois les parties supérieures et centrales, à l'aide d'un petit miroir introduit le long du plancher, et dont la surface réfléchissante est dirigée obliquement en haut et en arrière ; 3° enfin, les parties les plus profondes du nez et les arrière-fosses nasales elles-mêmes peuvent être observées à l'aide d'un miroir incliné sous un angle convenable et placé derrière la luette. On pratique ainsi la rhinoscopie antérieure, la rhinoscopie moyenne et la rhinoscopie postérieure.

RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

Historique. — Depuis fort longtemps, sans aucun doute, on a cherché à faire l'examen des fosses nasales en invitant le malade à pencher fortement la tête en arrière et en soutenant le bout du nez avec le doigt. Au commencement du siècle dernier, Dionis[1] a

[1] *Cours d'opérations de chirurgie.* Paris, 1714, 2e éd., p. 483, fig. 37, E.

figuré et décrit un spéculum nasi, qui était simplement un instrument de dilatation recommandé principalement par l'auteur parmi les instruments nécessaires à l'ablation des polypes. De nos jours, Markuzovzski le premier paraît avoir tenté l'exploration régulière de la cavité nasale, à l'aide d'un spéculum, et en 1859, dans un voyage à Pesth, j'ai pu voir son instrument qui m'a paru n'être qu'une modification du spéculum auris de Kramer [1]. En 1860, cet instrument fut approuvé par Czermack. Peu après, Voltolini [2] constate qu'un spéculum auris introduit dans le nez permet d'apercevoir le bourrelet de la trompe d'Eustache. Il montra [3] quelque temps après qu'on pouvait, avec un bon éclairage et en dilatant les fosses nasales, voir facilement la paroi du pharynx, et cela surtout dans les cas d'ozène qui sont caractérisés, on le sait, par l'atrophie des cornets. En 1868, Thudichum [4] décrivit un spéculum destiné à l'examen des fosses nasales antérieures, et c'est dans cette même année que Duplay imaginait un excellent instrument pour l'examen des parties profondes du nez et la pratique de ce qu'il appela la « rhinoscopie antérieure ».

En 1872, Frankel [5] publiait un mémoire sur son admirable spéculum que nous décrivons plus loin, tandis que, en 1873, Michel [6] constatait qu'il était souvent possible, à l'aide du spéculum de Duplay, de voir la moitié postérieure de l'orifice de la trompe d'Eustache, son bourrelet tout entier et qu'on pouvait suivre les mouvements de ce conduit pendant la phonation et la déglutition.

Une impulsion nouvelle fut donnée à la rhinoscopie antérieure par Zaufal [7] qui le premier, en 1875, recommanda l'usage du spéculum en forme d'entonnoir d'une longueur suffisante pour pénétrer complètement dans les fosses nasales.

Bien que les avantages de cette méthode aient été contestés par Weber-Liel, Gruber Schrotter et Voltolini, elle est d'une incontestable utilité dans certains cas, et Habermann [8], élève de Zaufal, a rapporté un nombre considérable d'observations dans lesquelles ce spéculum lui a rendu les plus grands services.

[1] *Wien. med. Wochenschrift*, 1860, nº 17.

[2] *Die rhinoscopie und pharyngoscopie. Festschrift zur* 50 *jahrigen Jubelfeier der Universitat Breslau zum*, 3 August., 1861.

[3] *Monatsschr. für Ohrenheilkunde*, nº 3, 1868.

[4] *Lancet*, 1868, vol. 2, p. 243, 244.

[5] *Bull. de la Soc. de Chir.* 1868, 2e série, t. IX, p. 446.

[6] *Berlin. Klin. Wochenschrift.*, 1872, nº 6.

[7] *Ibid.*, 1873, nº 34.

[8] *Aerztliches correspondenz-Blatt aus Böhmen*, 1875. Voir aussi : *Archiv für Ohrenheilkunde*, Band XII, Viertes Heft, 1877.

Specula nasi. — Pour l'examen ordinaire de la partie antérieure des fosses nasales, le spéculum de Frankel me paraît être le plus utile. Cet instrument se compose, ainsi qu'on peut le voir par la planche ci-jointe (fig. 1), de deux branches

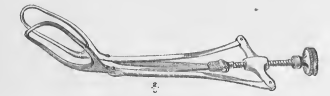


FIG. 1. — Spéculum nasal du Dr Frankel.

fenêtrées en fil d'argent ayant 2 centimètres et demi de longueur et ressemblant quelque peu, en petit, à un forceps obstétrical, mais avec des tiges d'environ 5 centimètres. Les deux tiges sont réunies à leur extrémité postérieure par une barre horizontale munie, à sa partie centrale, d'une vis qui fait mouvoir les deux branches. Frankel[1] recommande d'introduire une branche de l'instrument dans chaque narine; il fait observer toutefois que l'on peut les introduire toutes les deux dans la même. Ce dernier procédé me paraît préférable. En tournant la vis, les deux branches s'écartent graduellement et l'on peut facilement examiner l'intérieur des fosses nasales. Quand les branches sont suffisamment écartées pour exercer une légère pression sur les ailes du nez, l'instrument se maintient de lui-même et la partie postérieure du spéculum, tombant en face de la lèvre, ne gêne le champ visuel en aucune façon.

Ce qui fait, selon moi, l'avantage de cet instrument, c'est que, d'une part, il est excellent pour l'examen et que, d'un autre côté, il ne cause aucune douleur au patient, mais à peine une gêne légère.

Von Troltsch[2] a adopté la vis de l'instrument de Frankel, mais il a remplacé les fils, par deux branches pleines, ayant chacune 3 centimètres de long; dans aucune circonstance, ce spéculum ne m'a paru aussi commode que celui de Frankel.

[1] *Wien. med. Presse.* 1881, nos 23, 24 et 25.

[2] *Lehrbuch der Ohrenheilkunde.* Leipzig, 1877, p. 317.

Récemment, Goodwillie[1], de New-York, a inventé un instrument qui, par ses branches, ressemble à celui de Frankel; l'instrument est tenu ouvert par l'élasticité du fil d'acier qui unit les deux branches. Avec ce dernier, toutefois, il est impossible de régler l'écartement des deux branches, aussi exactement qu'avec celui de Frankel, et il ne faut pas moins de cinq spéculums de ce genre pour s'adapter aux différentes grandeurs de l'orifice du nez. Creswell-Baber[2], de Brighton, se sert d'un spéculum (fig. 2) qui consiste en de petits fils

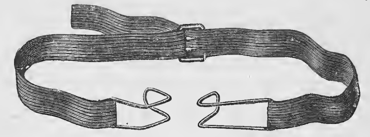


FIG. 2. — Spéculum nasal du Dr Creswell Baber.

métalliques recourbés et maintenus en place par deux bandes s'enroulant autour de la tête. Spencer Watson[3] emploie un spéculum qui n'est qu'une modification de celui de Noyes; il est tenu par un bandeau frontal porté par le malade. Aucun de ces instruments ne me paraît être aussi commode que celui de Frankel. Le spéculum de Thudichum (fig. 3) est composé



FIG. 3 — Spéculum nasal de Thudichum.

de deux branches plates unies entre elles et en même temps tenues écartées par une pièce de fil métallique élastique.

[1] Bosworth. *Diseases of the throat and Nose.* New-York, 1881, p. 23.

[2] *Brit. med. Journ.* 1881, t. I, p. 55. Cet instrument est construit par MM. Wrigt, n° 108, New Bond-Street.

[3] *London specialist*, 1880, t. I, n° 1.

Les critiques que j'ai déjà formulées à propos du spéculum

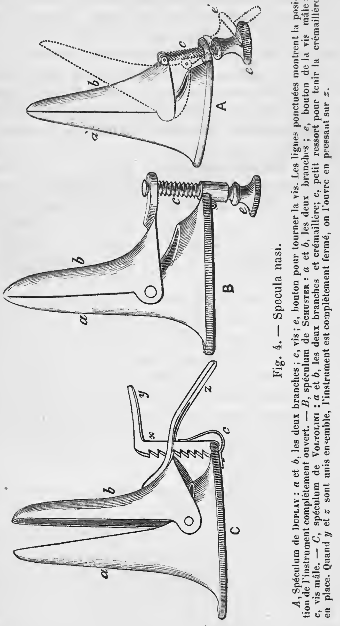


Fig. 4. — Specula nasi.

A, Spéculum de Duplay : *a* et *b*, les deux branches ; *c*, vis ; *e*, bouton pour tourner la vis. Les lignes ponctuées montrent la position de l'instrument complètement ouvert. — *B*, spéculum de Schuster : *a* et *b*, les deux branches ; *e*, bouton de la vis mâle ; *c*, vis mâle. — *C*, spéculum de Voltolini : *a* et *b*, les deux branches et crémaillère ; *c*, petit ressort pour tenir la crémaillère en place. Quand *y* et *z* sont unis ensemble, l'instrument est complètement fermé, on l'ouvre en pressant sur *z*.

de Goodwillie peuvent également s'appliquer à celui de Thudichum ; de plus, son emploi fait éprouver au malade de si

vives douleurs que j'ai complètement renoncé à en faire usage. Pour l'examen des parties profondes du nez, le spéculum de Duplay, qui se compose de deux valves concaves (fig. 4), de forme conique, est un instrument des plus utiles. Les deux branches de l'instrument sont légèrement aplaties, de sorte que le bout de l'instrument a quelque peu la forme d'un bec, mais la valve interne (j'entends celle qui doit s'appliquer contre la cloison) est plus aplatie que sa voisine. La valve externe est mobile dans les quatre cinquièmes de sa longueur, et, lorsqu'elle est complètement ouverte, elle est fixée dans sa position par une vis mobile (fig. 4. A, *e* et *e'*). L'instrument est figuré de grandeur ordinaire (fig. A); un instrument plus grand n'est jamais nécessaire et pourrait à peine être supporté. On peut voir que les valves s'ouvrent largement.

Schuster, d'Aix-la-Chapelle, a modifié le spéculum de Duplay en se servant d'une vis fixe au lieu d'une vis mobile (fig. B). L'instrument est un peu plus grand et cependant ne s'ouvre pas aussi largement que celui de Duplay; mais on peut graduer plus commodément l'ouverture et prévenir ainsi plus facilement la douleur[1]. Voltolini (fig. 4 C) lui ainsi, a changé le mode d'ouverture du spéculum de Duplay, en remplaçant la vis par une crémaillère; je n'ai trouvé aucun avantage à ce changement, et cet instrument fait parfois beaucoup souffrir le malade. Masseï[2] a remplacé une des valves pleines du spéculum de Duplay par une valve fenêtrée; cette modification peut être utile dans certains cas. Elsberg a inventé un spéculum

[1] Cette modification du spéculum de Duplay nous semble encore la plus heureuse pour le médecin et le malade. L'instrument moins conique s'introduit plus facilement dans les narines et l'écartement se fait un peu plus sur l'extrémité des branches que du côté des orifices du nez, dont l'élargissement trop rapide, ou trop considérable est toujours désagréable au malade et même douloureux parfois. Pour notre part, c'est l'instrument que nous recommandons de préférence aux praticiens qui ne peuvent avoir un grand nombre de spéculums à leur disposition et qui désirent un instrument s'adaptant à la généralité des cas. (Note des traducteurs.)

[2] *Malattie del tratto respiratorio*. Napoli, 1882, p. 178. L'instrument a été décrit et figuré dans une note lue à la Société royale de médecine et de chirurgie de Naples, le 30 mai 1875.

trivalve (fig. 5) au moyen duquel on peut explorer d'une façon complète l'intérieur des fosses nasales. Les trois branches se séparant en fermant les poignées peuvent être graduellement ouvertes au moyen d'une vis située sur la monture. Cet instrument, toutefois, présente cet inconvénient qu'il ne peut de lui-même se maintenir ouvert, et, bien que je l'emploie quelquefois, je me sers plus fréquemment des spéculum précé-

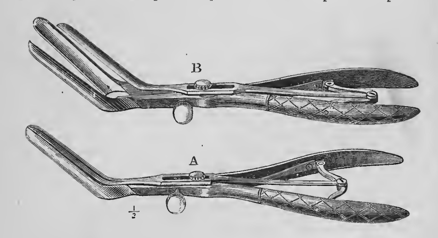


FIG. 5. — Spéculum trivalve du Dr Elsberg.

A. L'instrument complètement fermé pour l'introduction. — *B*, l'instrument ouvert.

demment décrits. Schnitzler[1] recommande la modification apportée par Roth au spéculum auris de Kramer, modifié récemment encore par l'addition d'une ouverture à chaque valve.

Pour l'examen du pharynx et des parties voisines de la trompe d'Eustache, l'entonnoir de Zaufal (fig. 6) est très avantageux. Le nom seul de l'instrument contient sa description; il consiste, en effet, en un tube en métal cylindrique s'élargissant en forme d'entonnoir à l'une de ses extrémités.

La longueur de la portion cylindrique du spéculum est de 6 à 8 centimètres; celle de la portion évasée est de 3 centimètres, de sorte que la longueur totale de l'instrument varie entre 9 et 11 centimètres. Le diamètre de l'extrémité posté-

[1] *Laryngoscopie und Rhinoscopie.* Wien, 1879, p. 59.

rieure est de 2 centimètres environ. L'instrument est fait de 5 grandeurs différentes, le plus petit (n° 3) ayant 3 millimètres de diamètre à son extrémité antérieure, le suivant (n° 4) en a 4, les autres ont respectivement 5, 6 et 7 millimètres de diamètre Il n'existe pas de canule ayant 1 ou 2 millimètres de diamètre, des instruments pareils auraient une trop petite lumière pour permettre une observation satisfaisante. Aussi la série va-t-elle du n° 3 au n° 7 inclusivement; et de tous, Zaufal lui-même emploie surtout les n°s 6, 5 et 4. La partie conique de l'instrument est noircie à l'intérieur, tandis que la surface interne de la portion cylindrique est polie. Pour guider l'introduction du spéculum, Zaufal, dans le principe, faisait usage d'une sonde ; il l'a maintenant abandonnée.



FIG. 6. — Entonnoir de Zaufal.

En *b*, la grandeur dont on use le plus souvent ; *a* et *c* représentent des sections de tubes plus petits ou plus grands.

Nous pourrions ajouter que son instrument lui sert non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour pratiquer des opérations. Dans ce dernier cas il choisit, si c'est possible, le tube le plus large qui lui sert comme canule à travers laquelle il introduit les pinces ou le serre-nœud. Je me suis servi de l'entonnoir de Zaufal dans un grand nombre de cas, plutôt dans le but de l'expérimenter que dans un but clinique. J'ai acquis la conviction qu'il peut être très souvent utile aux observateurs [1]. Volto-

[1] L'introduction récente du chlorhydrate de cocaïne en thérapeutique permet aujourd'hui d'utiliser un peu plus souvent le spéculum de Zaufal, dont l'emploi exigeait une disposition spéciale, l'élargissement des cavités nasales. En effet, après un badigeonnage de la muqueuse nasale avec

lini[1], bien que fortement hostile aux instruments de Zaufal, a récemment fait usage de petits entonnoirs longs de 4 à 7 centimètres, et présentant une ouverture de 5 à 8 millimètres de diamètre. Il se servait aussi de l'otoscope de Brunton[2].

Eclairage. — Pour pratiquer la rhinoscopie antérieure, il est nécessaire d'avoir un bon éclairage. On peut employer la lumière du soleil quand on peut l'utiliser. C'est rarement le cas en Angleterre, et il est préférable d'avoir à sa disposition un bon éclairage artificiel. Quelques-uns des appareils nécessaires à cet usage ont été déjà décrits. (Voy. t. Ier, art. *Laryngoscopie* [3].)

APPLICATION DE LA RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

L'opérateur doit être muni d'un réflecteur concave supporté par une monture de lunette ou un bandeau frontal, tandis que le patient est assis en face de lui. On place une bonne lampe près de la tête du malade ou du même côté que celui vers lequel le praticien dirige le réflecteur. Il lève alors le bout du nez et aperçoit le vestibule. Ce dernier forme une cavité oblongue, dont la paroi externe (correspondant aux deux tiers inférieurs du cartilage latéral) s'étend plus loin en arrière que la paroi interne, formée par la face interne de la portion retournée du cartilage latéral. Cet espace est recouvert par l'épiderme ordinaire sur lequel s'im-

une solution de ce sel (au 1/15), cette dernière se rétracte et vient exactement se mouler sur le squelette osseux. De cette manière non seulement le conduit nasal est élargi, mais il est même anesthésié, deux avantages dont on comprend facilement l'importance. (Note des traducteurs.)

[1] *Rhinoscopie und pharyngoscopie Erste Hefte*, p. 81.

[2] Cet instrument se compose d'un tube métallique muni d'un oculaire. Ce tube recouvre à angle droit un entonnoir au travers duquel on fait tomber la lumière sur un réflecteur perforé qui devie les rayons lumineux à travers le conduit cylindrique d'un spéculum de l'oreille ordinaire.

[3] *Traité des maladies du larynx*, etc., Paris, 1881.

plantent (chez les adultes et surtout chez les vieillards) un grand nombre de poils très épais et très courts qui protègent l'entrée du nez. Au fond du vestibule se trouve l'ouverture des narines antérieures, dont on distingue parfaitement les bords

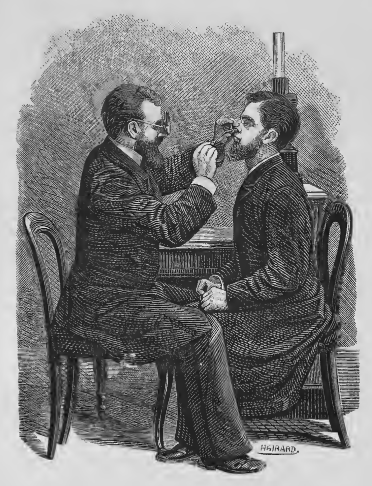


FIG. 7. — Position de l'observateur et du malade pendant l'examen des fosses nasales antérieures. — La main droite de l'observateur tient un porte-ouate coudé placé à l'entrée de la cavité nasale gauche du patient.

interne, supérieur et externe. En introduisant le spéculum et écartant ses branches, on voit apparaître l'intérieur des fosses nasales en même temps que l'extrémité antérieure du cornet inférieur et une partie de la portion cartilagineuse de la

cloison. Si la tête du patient est légèrement inclinée en avant, l'observateur aperçoit le cornet inférieur, sa surface externe convexe et son bord inférieur, souvent visible dans toute son étendue. Entre le bord libre du cornet et le plancher des fosses nasales se trouve le méat inférieur, dont la hauteur est moins grande que la distance qui sépare le bord supérieur du bord inférieur du cornet. On peut généralement projeter un faisceau de lumière dans la moitié antérieure du méat inférieur, mais rarement au delà de ce point ; et assez fréquemment à cause d'une légère torsion du cornet au point où les bords antérieur et inférieur se réunissent, le quart antérieur seulement du méat inférieur est visible. En priant le malade d'incliner la tête en arrière, la partie inférieure de la surface interne convexe du cornet moyen devient visible, tandis qu'on peut apercevoir parfois une faible partie de sa surface externe concave.

Dans quelques cas, le cornet supérieur est visible tout à fait en arrière et près de la voûte des fosses nasales, mais c'est là une véritable exception. Je n'ai jamais pu voir de face le méat supérieur. Si le patient penche sa tête tout à fait en arrière, l'extrémité postérieure du plancher des fosses nasales est souvent visible. Il est presque toujours rugueux et présente fréquemment de petites saillies irrégulièrement arrondies.

On peut généralement examiner toute la cloison, sauf le sixième supérieur et le huitième postérieur. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer (voyez *Anatomie*), elle est rarement tout à fait symétrique, mais légèrement convexe d'un côté et concave de l'autre. Même si elle est rectiligne, elle présente souvent des saillies irrégulières, surtout à la partie inférieure et postérieure du vomer. Souvent aussi on peut constater de petites exostoses à l'angle de réunion de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, du vomer, et du cartilage de la cloison.

La coloration de la muqueuse qui revêt les fosses nasales varie suivant les différents points. Le bord antérieur du cornet inférieur est d'ordinaire d'un rouge brillant, son bord inférieur convexe présente, le plus souvent, la même coloration. Le bord inférieur du cornet moyen est généralement tout à fait pâle ; il

est en vérité, moins vasculaire que le reste de la membrane de revêtement du nez. Le plancher des fosses nasales est d'un rouge sombre, tandis que la surface de la muqueuse de la cloison est rouge pâle.

En regardant directement dans le nez, le sujet ayant la tête légèrement penchée en avant, on peut parfois apercevoir la paroi postérieure du pharynx, et si on a fait faire un mouvement de déglutition, on voit alors le bourrelet de l'orifice de la trompe se mouvant de bas en haut. Toutefois, on peut apercevoir plus facilement la paroi postérieure et l'orifice de la trompe à l'aide de l'entonnoir de Zaufal.

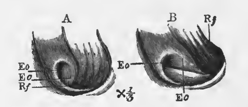


FIG. 8. — Orifice de la trompe, vu de face.
(D'après Zaufal.)

A, Orifice au repos: — *B*, orifice pendant la déglutition et l'articulation de certains sons; — *Eo*, orifice de la trompe; — *Ec*, bourrelet; — *Rf*, fossette de Rosenmüller.

RHINOSCOPIE MÉDIANE

Wertheim [1], le premier, eut l'idée d'introduire dans les fosses nasales un petit tube muni d'un miroir en acier, à surface réfléchissante dirigée en haut et pourvu d'une ouverture correspondant au miroir, comme dans le laryngoscope d'Avery; il donna à cet instrument le nom de conchoscope. Dans le but d'empêcher le miroir d'être souillé par les mucosités, à son entrée dans les fosses nasales, Voltolini a muni la fenêtre d'une petite plaque protectrice qui peut être retirée en arrière

[1] *Ueber ein Verfahren zum Zwecke der Besichtigung des vorderen und mittleren Drittheiles der Nasenhöhle, Wien. med. Wochenschrift*, 1869, nos 18, 19, 20.

au moyen d'un fil, lorsque l'instrument est en place. Voltolini a remplacé l'acier du miroir par du verre. — L'éclairage recommandé pour la rhinoscopie antérieure est applicable à la rhinoscopie médiane, mais il est rare que ce mode d'examen présente quelque avantage dans la pratique.

Je dois dire, toutefois, que j'ai usé une fois de ce procédé avec succès, pour voir un petit polype inséré immédiatement au dessus de l'extrémité antérieure du cornet moyen, que je n'avais pu voir à l'aide des spéculum ordinaires.

RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Bozzini [1], Baumès [2] et d'autres, paraissent avoir songé les premiers à examiner les arrière-fosses nasales à l'aide d'un miroir placé en arrière de la bouche, la surface réfléchissante dirigée obliquement en haut ; mais le mérite de l'application pratique de cette méthode revient sans aucun doute à Czermak [3], et l'art de la rhinoscopie date du mémoire publié par lui en août 1859. L'année suivante, Semeleder [4] fit quelques remarques à ce sujet, et un peu plus tard [5], publia un petit ouvrage contenant quelques règles utiles à la rhinoscopie, un certain nombre de cas intéressants et de fort belles planches coloriées. Sitôt après l'apparition du premier mémoire de Semeleder, différents articles furent successivement publiés par Stoerk [6],

[1] *Der Lichtleiter, oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung, und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenrœume des lebenden animalischen Körpers.* Weimar, 1807.

[2] *Compte rendu des travaux de la Soc. de med. de Lyon*, 1836-38, p. 62.

[3] *Wien. med. Wochenscrift.* Aug. 6. 1859.

[4] *Ueber die Untersuchungen der Nasenrachenraumes. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien*, 1860, n° 25.

[5] *Die Rhinoscopie und ihr Werth für die arztliche Praxis.* Leipzig, 1862.

[6] *Rhinoscopie zeistchr. d. Gesellsch d. Aerzte zu Wien*, 1860, n° 26.

Türck [1] et Voltolini [2]. A ce dernier auteur, toutefois, revient l'honneur de s'être spécialement occupé de ce sujet pendant plusieurs années et d'avoir produit le traité [3], le plus estimable qui ait paru jusqu'à ce jour sur la rhinoscopie.

MIROIR RHINOSCOPIQUE. — Un petit miroir laryngien remplit parfaitement le but qu'on se propose. Il ne doit pas avoir plus de 1 7/8 de centimètre (5/8 de pouce) de diamètre.

Un excellent miroir rhinoscopique a été inventé par W.-C. Jarvis, de New-York (fig. 9); il peut servir aussi de miroir et d'abaisse-langue.

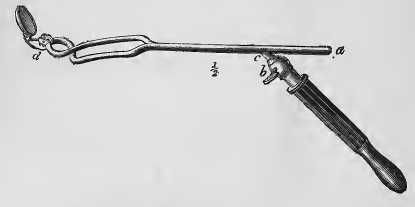


FIG. 9. — Abaisse-langue et miroir rétro-nasal combinés, du Dr W. Jarvis.

a, tige du miroir ; — *b*, vis à l'aide de laquelle le miroir est fixé au manche ; — *c*, branche descendante de la tige ; — *d*. ressort articulé permettant de fixer le miroir à l'angle désiré. Le manche de l'instrument peut se continuer en droite ligne avec la tige en le fixant en *a*, ou bien lui être adapté en formant un angle en le vissant en *b*, comme dans la figure. La portion rectiligne de la tige agit comme abaisse-langue.

Frânkel a inventé un instrument dans lequel le miroir est réuni par une charnière à la tige fixée à son tour, presque à angle droit, sur un manche en bois (fig. 10).

[1] *Beitræge zur Laryngoscopie und rhinoscopie. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien.*, 1860, n° 21.

[2] *Die Besichtigung der Tuba Eustachii und der übrigen Theile des cavum pharyngonasale mitteslt der Schlundkopfspiegels. Deutsche Klinik*, 1860, n° 21.

[3] *Rhinoscopie und pharyngoscopie*. Breslau, 1879.

En poussant en avant un petit curseur métallique qui agit sur la charnière, on peut, après avoir introduit le miroir, modifier son angle d'inclinaison. Michel [1] a aussi inventé un miroir rotatif, dans lequel le mouvement se fait rapidement à l'aide d'un ressort adapté au manche de l'instrument.

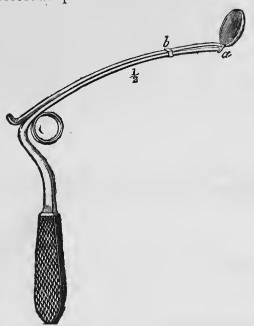


FIG. 10. — Miroir rétro-nasal de Frankel.
a, charnière ; — *b*, curseur métallique uni au miroir.

Cette disposition présente cet inconvénient qu'il est nécessaire, pour maintenir le miroir dans la position voulue, de presser constamment avec le pouce, sur le ressort. En dehors de ces différents miroirs rhinoscopiques, je l'ai déjà dit, un petit miroir laryngien peut parfaitement remplir le but proposé.

CROCHETS PALATINS (*Palate Hooks*). — Souvent la luette gêne l'opérateur pour faire l'examen rhinoscopique postérieur, aussi a-t-on inventé divers instruments pour supprimer momentanément cet obstacle. Le premier, inventé dans ce but, est le crochet palatin de Czermack [2]. Cet instrument (fig. 11, *c*)

[1] *Die Krankheiten der Nasenhohle*. Berlin, 1876, p. 9.
[2] *Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für physiologie und Medizin*. Leipzig, 1860.

consiste en une tige métallique ayant 10 centimètres de longueur; un des côtés est fixé à un manche en bois, tandis que l'autre s'élargit progressivement et se termine par un crochet mousse et court, recourbé, à angle droit, ayant environ 6 centimètres de longueur. Czermack fait remarquer que la grandeur et la courbure du crochet doivent changer suivant les proportions des parties.

Voltolini [1] insiste vivement sur la valeur des instruments de ce genre et se sert d'un crochet un peu plus large, muni de deux petites ailes, attachées à l'extrémité de la tige immédiatement en avant de la courbure (fig. 11 A). Ces

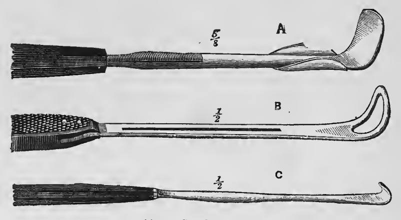


FIG. 11. — Crochets palatins.
A, crochet palatin de Voltolini; — *B*, crochet palatin de Frænkel; — *C*, crochet palatin de Czermak.

deux ailes ont pour objet de former une concavité en forme de gouttière qui supporte la luette sur la ligne médiane, l'empêchant ainsi de gêner le regard.

Frænkel (fig. 10, B) se sert d'un instrument de grandeur moyenne, ayant le crochet fenêtré; il use aussi parfois d'un instrument pouvant servir à la fois d'écarteur pour les mâchoires, d'abaisse-langue et présentant une rainure pour supporter son crochet palatin. Mais il est rare que ces instruments,

[1] *Rhinoscopie und pharyngoscopie*, 1879, p. 17.

bien que fort ingénieux, puissent être employés avec succès, et je dois faire remarquer que j'ai rarement usé même du simple crochet. — Voltolini [1], qui est, ainsi que je l'ai fait remarquer, un énergique défenseur du crochet palatin, attache une grande importance *à la façon* de s'en servir : « Déprimez fortement la langue du patient avec l'index de la main gauche, et alors, sans plus de cérémonie et sans autre préparation, portez hardiment et vivement le crochet derrière la luette, même jusqu'aux arrière-fosses nasales, narines postérieures, et tirez fortement en avant. » Voltolini fait observer qu'il n'a jamais rencontré de malades n'ayant pu supporter le crochet appliqué de cette façon, et il affirme que le voile du palais est moins sensible à une forte traction qu'à un attouchement timide et faible. Il cite ensuite Lövemberg, Monro, Michel et Morell-Mackenzie, qui tous enseignent qu'on doit se servir du crochet avec douceur, et ne peuvent, par conséquent, en apprécier la valeur. Voltolini soutient que la plupart des praticiens ont observé cette loi physiologique, qu'une légère irritation produit plutôt un réflexe, qu'une violente pression; il affirme aussi que lorsqu'on emploie son crochet, le voile du palais présente une moindre résistance, les muscles perdant alors leur point d'insertion.

AUTRES INSTRUMENTS POUR TIRER LA LUETTE EN AVANT

Au lieu de se servir du crochet, Turck [2] a pensé qu'on pouvait soulever la luette à l'aide d'une pince à calcul (*calculus forceps*) en miniature. Il construisit aussi, dans le même but, un nœud coulant, consistant en un cordon, passant à travers un tube. Voltolini [3] a quelque peu modifié cet instrument en fixant un des bouts du cordon dans l'intérieur du tube (fig. 12).

[1] *Op. cit.*, p. 17

[2] *Prakt Anleitung zu laryngoscopie*. *Wien*, 1860, p. 65.

[3] *Op. cit.*, p. 10.

J'ai toujours éprouvé beaucoup de difficultés à me servir de ces instruments; toutefois, j'ai quelquefois employé un « serre-luette » (*Uvula twitch*), consistant en un petit cordon passé à l'extrémité d'une tige (fig. 13) de 10 à 12 centimètres de longueur. Avec cet instrument, la luette peut être facilement saisie et quelques tours de la tige permettent à l'opérateur de lui faire prendre la position désirée sans la serrer ou la tirer avec violence. Le Dr Löri, de Buda-Pesth, a inventé un instrument ressemblant à des ciseaux à papier. Ce dernier a été perfectionné depuis par Voltolini [1]. Il n'a guère plus de 3 centimètres de longueur; sur le manche, sont attachés deux lacets, qui contournent la bouche du patient et dont les extrémités sont assujetties derrière les oreilles.



FIG. 12. — Nœud coulant pour la luette de Voltolini.

FIG. 13. — Serre-luette de Mackensie.

Stoerk [2] propose de soulever la luette à l'aide d'un ruban de soie qu'on introduit par les fosses nasales, pour le faire sortir par la bouche. Les extrémités, nasale et buccale, sont liées ensemble et confiées au patient, qui, par une légère traction, s'efforce de tirer le voile du palais en avant et en haut. On peut objecter à cette méthode, que le voile du palais, au lieu d'être tiré directement

[1] *Op. cit.*, p. 13.

[2] *Op. cit.*, p. 35. Je dois dire que Desgranges (*Gaz. hebdom.* 1854, p. 647) propose pour agrandir l'ouverture postérieure de la cavité naso-pharyngienne, une méthode semblable que Palasciano a mise en pratique dans ces dernières années (*Bericht der Naturforscherversammlung in Carlsruhe im Jahre,* 1858), mais dans ces cas-là il s'agissait d'agrandir l'espace pour pratiquer l'exploration digitale de tumeurs naso-pharyngiennes. Stoerk est je crois le premier qui ait eu recours à un pareil moyen pour pratiquer la rhinoscopie.

en avant, est rejeté sur le côté. Wales[1], chirurgien général de la marine américaine, perfectionna cette méthode, en proposant l'usage d'un rétracteur (*tractor*) élastique consistant en un cordon en caoutchouc de 2 millimètres de diamètre. Il ne devait pas avoir moins de 45 centimètres de longueur. Chacun des deux bouts devait passer dans l'une des deux narines et être ainsi porté dans le pharynx à l'aide de la sonde de Bollocq ou d'un cathéter en gomme élastique. Dès que chaque bout apparaît derrière le voile du palais, on doit le saisir avec le doigt ou la pince et le tirer hors de la bouche. La partie moyenne du cordon est ainsi maintenue par la partie inférieure de la cloison, tandis qu'en tirant doucement sur les extrémités libres, on peut, autant qu'on le désire, attirer en avant le voile du palais. Les bouts peuvent être tenus par un aide ou liés derrière la tête du malade. J'ai usé avec quelque succès de cette méthode, dans le but d'agrandir l'espace naso-pharyngien, et de pratiquer l'examen rhinoscopique, mais le passage des cordons à travers les fosses nasales et le pharynx est extrêmement désagréable pour le sujet, et leur contact avec la muqueuse augmente l'irritabilité naturelle de ces parties[2].

En effet, l'application de cet espèce de « bâillon » (*gagging*) détermine une sécrétion abondante qui constitue un sérieux obstacle à l'examen. Jarvis, de New-York, se sert de fils élastiques qu'il introduit dans le nez et fait sortir par la bouche de la façon que nous avons décrite ci-dessus, mais qui sont fixés à la lèvre supérieure à l'aide de pinces, munies d'une lame verticale présentant à son bord supérieur une rainure pouvant servir de support à la tige d'un serre-nœud ou de tout autre instrument, dont l'opérateur désire se servir dans l'intérieur du nez.

[1] *New Method of rhinoscopic exploration*. Washington, 1877, p. 7.

[2] Nous partageons absolument les idées de l'auteur en ce qui concerne l'application des releveurs de la luette, crochets, fils, ou autres appareils. Il arrive très souvent que dans les cas où ils deviendraient nécessaires ils sont inapplicables, le voile du palais formant en arrière par sa contraction spasmodique, une convexité qui cache la plus grande partie de la cavité naso-pharyngienne. (Note des traducteurs.)

Afin de laisser à l'opérateur une main libre, le miroir et le relève-palais ont été réunis par Stoerk [1], Baxt [2] et Duplay [3]. Je ne puis affirmer, toutefois, avoir retiré le moindre avantage de cette combinaison.

Abaisse-langue. — Je me sert rarement d'instruments pour déprimer la langue; toutefois, on peut quelquefois en avoir besoin. Dans ces cas-là, les instruments de Turck ou de Frankel, dans lesquels l'abaisse-langue ordinaire est muni d'un long manche vertical que le patient peut tenir lui-même sans gêner l'opérateur, pourront être très utiles.

APPLICATION DE LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

L'examen doit être pratiqué comme il suit :

L'opérateur se place en face du malade, qui doit être immobile, la tête droite ou légèrement inclinée en avant, la lampe sera placée dans la même position que pour pratiquer la laryngoscopie. On engage le patient à ouvrir largement la

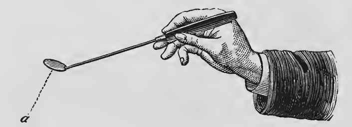


FIG. 14. — Position de la main et du miroir pendant l'examen rhinoscopique postérieur.

bouche, et la lumière est dirigée un peu plus bas que pour l'examen de l'organe vocal. Le miroir rhinoscopique est alors porté en arrière de la gorge, son bord supérieur un peu au-

[1] *Zur laryngoscopie Wien.*, 1859, p. 20.

[2] *Berlin Klin. Wochenschrift.* 1870, nº 28.

[3] *Trait. clin. de pathol. extern.*, Paris, 1877, t. III, p. 752.

dessous du voile du palais et sa surface dirigée en haut de manière à former avec l'horizon un angle d'environ 135°. Si la luette, ainsi qu'il arrive souvent, tombe sur le miroir, on la repousse en haut et en arrière, et l'on invite le malade à respirer doucement, ou à émettre un son nasal, tel que *hang*. Eviter surtout une respiration rapide et forcée.

Il est quelquefois nécessaire de se servir d'un abaisse-langue : la tige du miroir rhinoscopique suffit d'ordinaire à remplir ce dernier rôle.

Une bonne méthode d'examen consiste à passer le miroir entre le pilier antérieur et la luette d'un côté d'abord, puis à le retirer pour l'introduire de la même façon du côté opposé. En inclinant latéralement le miroir, on peut apercevoir facilement les angles postérieurs de la cavité naso-pharyngienne ainsi que l'orifice des trompes et les replis qui les bordent; pour voir la voûte pharyngée, le miroir doit être tenu à peu près horizontal.

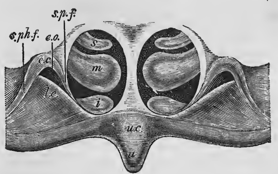


FIG. 15. — Image rhinoscopique postérieure.

s, Cornet supérieur ; — *m*, cornet moyen ; — *i*, cornet inférieur ; — *ec*, bourrelet de la trompe d'Eustache : — *c o*, orifice de la trompe ; — *uc*, bourrelet de la luette ; — *u*, luette ; — *s ph f*, repli salpingo-pharyngien ; — *s p f*, repli salpingo-palatin.

Lorsqu'on tient le miroir à peu près perpendiculaire, on peut apercevoir la partie supérieure de la paroi postérieure du pharynx, qui a la forme d'une arcade, mais les lois de la perspective réduisent l'image à de très petites dimensions. Pour bien voir même un seul côté de la cavité naso-pharyngienne, il est parfois nécessaire d'introduire le miroir à plusieurs reprises et de tourner sa surface réfléchissante vers différentes di-

rections; aussi l'image rhinoscopique que nous donnons ici (fig. 15) est formée de la réunion de plusieurs images partielles. Au milieu, l'on aperçoit le septum formant une mince cloison entre les arrière-fosses nasales, plus large en haut



FIG. 16. — Position de l'observateur et du malade pendant l'examen rhinoscopique postérieur.

et en bas qu'à sa portion centrale. Les parties les plus visibles sont les cornets moyens, qui apparaissent comme des tumeurs pâles oblongues étendues de dehors en dedans, de la paroi externe vers la cloison, et occupant le tiers moyen des arrière-fosses nasales. Au-dessus du cornet moyen, apparaissent les cornets supérieurs plus petits, grisâtres, en forme de cornes;

leur image se trouve dans la même direction que celles des cornets sous-jacents, mais ne s'étend pas si loin en dedans. Au fond de la cavité nasale, on aperçoit le cornet inférieur, pâle, arrondi, offrant l'aspect d'une saillie résistante, d'un rouge plus foncé que le cornet moyen, et parfois plus rapproché de la cloison. On peut apercevoir les méats lorsqu'on a bien présente à l'esprit l'anatomie de la région, mais ils ne sont pas bien distincts. Le méat supérieur, quoique le plus petit et le plus superficiel, paraît être quelquefois le plus grand en raison du moindre développement du cornet supérieur; il est quelquefois possible de voir le méat moyen, mais l'inférieur est ou tout à fait invisible, ou il apparaît comme une petite fente au-dessous du cornet et près de la cloison. Sur la paroi externe de la cloison, on aperçoit l'orifice jaunâtre de la trompe d'Eustache, limitée à sa partie interne par le repli salpingo-palatin, et à sa partie externe par le repli salpingo-pharyngien. La base de l'ouverture est formée par une saillie, décrite par Zaufal comme le « releveur du bourrelet » (*levator-cushion*). En dehors du repli salpingo-pharyngien se trouve la fossette de Rosenmuller Au-dessous de la cloison, la base de la luette, qui contient le muscle azygos et forme une légère saillie nommée « bourrelet de la luette » (*uvula-cushion*).

Si l'on tient le miroir obliquement et de façon que sa surface réfléchissante approche de l'horizontale, on aperçoit la voûte du pharynx et à sa partie postérieure, un certain nombre de saillies et de dépressions contribuant à former une petite masse irrégulière de tissu adénoïde, connue sous le nom « d'amygdale pharyngée » de Luschka. (Voir *Anatomie*, t. Ier, p. 3). Tout à fait au centre de cette dernière, on distingue souvent une cavité que l'on a considéré comme l'ouverture de la glande, mais qui n'est en réalité qu'un petit espace dépourvu de tissu glandulaire [1]. Derrière cette amygdale, se

[1] D'après le Dr Tornwaldt (*Ueber die Bedeuntung der bursa pharyngea*, etc. Dantzig, 1885), cette dépression décrite par Mayer, Luschka, Ganghofner, Tortual, etc., serait plutôt l'orifice de la bourse pharyngienne. Elle aurait chez l'adulte une profondeur de 8 à 10 millimètres et de 4 à 5 chez l'enfant. (Note des traducteurs.)

trouve la surface lisse et grisâtre du pharynx et son raphé médian.

RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

PAR DOUBLE RÉFLEXION

Voltolini[1] a imaginé de pratiquer la rhinoscopie postérieure à l'aide de deux miroirs, et cela dans le but d'obtenir une image plus nette de l'orifice de la trompe. On introduit dans la cavité naso-pharyngienne, près de la paroi postérieure, un miroir muni d'un long manche recourbé, incliné à angle droit ou légèrement aigu, et disposé de façon que sa surface réfléchissante soit relevée un peu au-dessus du niveau des arrière-fosses nasales; un second miroir est introduit de la façon ordinaire, mais sa surface réfléchissante est dans une direction un peu plus horizontale que d'ordinaire, en sorte qu'au lieu de recevoir directement l'image des arrière-fosses nasales, il réfléchit une image secondaire, formée tout d'abord sur le miroir supérieur. Pour se servir de ces miroirs, on a dû préalablement soulever la luette par des moyens précédemment décrits. Cette méthode est si compliquée et si rarement utilisée en pratique, que je ne la décris qu'en passant et pour mémoire. Voltolini toutefois a rapporté un cas[2] où, par ce moyen, il put apercevoir l'orifice de la trompe, dans lequel on avait préalablement introduit une sonde.

Auto-rhinoscopie, miroirs grossissants, etc. — Les observations que nous avons déjà faites à propos de l'auto-laryngoscopie (voy. t. Ier, p. 331) sont également applicables ici.

INSTRUMENTS

Sondes nasales. — On peut se servir avec avantage des sondes nasales pour déterminer exactement l'état de la mu-

[1] *Die rhinoscopie*, etc., 1879.

[2] *Op. cit.*, p. 179.

queuse, les rapports, les points d'insertions, la consistance des tumeurs, la présence de surfaces osseuses dénudées et tous les autres renseignements dont on peut avoir besoin. Ces instruments peuvent être droits ou légèrement coudés à leur extrémité, la partie recourbée peut être large et aplatie et par conséquent mousse sur les bords. En somme, les sondes nasales ressemblent, pour ce qui est de leur extrémité, à celles que nous avons recommandées pour le larynx (voy. t. Ier, p. 200), mais la tige est droite et ajustée au manche sous un angle d'environ 135°.

Bougies nasales. — Elles sont très utiles et pour le diagnostic et pour le traitement. Elles sont d'ordinaire en gomme élastique ou en caoutchouc et longues de 7 à 10 centimètres environ. Elles peuvent être rondes ou légèrement aplaties comme les bougies œsophagiennes. Il suffit d'en avoir de six grandeurs différentes, à savoir : de 3 à 8 millimètres dans le petit diamètre transverse, c'est-à-dire de la face aplatie à la face opposée. Les bougies terminées comme une sonde à leur extrémité sont beaucoup plus faciles à manier. Pour les introduire, on tourne les faces aplaties, l'une du côté de la cloison, l'autre du côté de la paroi externe de la fosse nasale.



Fig. 17. — Bouclier nasal du Dr Shurly.

Boucliers (Shields). — Dans l'application des caustiques énergiques ou du galvano-cautère dans les fosses nasales, on a parfois recours à un bouclier, qui sert à protéger les parties saines. Shurly, de Détroit, a inventé à cet usage deux instruments. L'un d'entre eux est simplement une modification du dilatateur des fosses nasales, ou spéculum, dans lequel une des valves a été remplacée par une plaque en ivoire.

Aux points x et z la valve et la plaque peuvent être changées, ce qui permet à l'instrument de servir pour les deux fosses nasales. On se sert, en effet, de la plaque d'ivoire dans le but de protéger la cloison, lorsqu'on fait des applications caustiques sur les tumeurs des cornets.

Le second instrument consiste en une plaque d'ivoire que l'on introduit dans la fosse nasale et qui est munie d'un ressort qui s'applique à l'extérieur sur l'aile du nez. Ces instruments peuvent rendre parfois de grands services, mais on doit en faire usage le moins souvent possible. En effet, si bien construits qu'ils soient, ils gênent la vue et diminuent l'espace utile aux manipulations.

Insufflateurs. — Dans l'application des poudres médicamenteuses dans les fosses nasales, on peut se servir du tube insufflateur ordinaire (vol. I, fig. 48, p. 351). Le malade peut encore appliquer lui-même la poudre au moyen de l'auto-insuf-

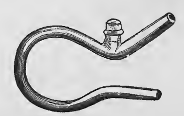


FIG. 18. — Auto-insufflateur de Bryant.

flateur de Bryant [1], qui consiste en un tube recourbé, présentant en un point une ouverture destinée à recevoir la poudre; cette ouverture se ferme à l'aide d'un bouchon. L'instrument une fois rempli, le malade place dans sa bouche une des extrémités du tube et l'autre dans le nez, puis souffle doucement et renvoie ainsi la poussière dans les fosses nasales. Andrew Smith a construit un insufflateur (fig. 19) sur le modèle du pulvérisateur à une seule boule; on peut se servir de cet instrument soit pour les narines antérieures,

[1] *Practice of Surgery*. London, 1872, 1re éd., p. 124.

soit pour les arrière-fosses nasales. Il consiste en un flacon en verre muni d'un bouchon en caoutchouc, percé de deux ouvertures destinées à laisser passer les tubes ; l'un d'eux pénètre, mais peu profondément, dans le flacon, et communique avec une boule en caoutchouc ordinaire, au

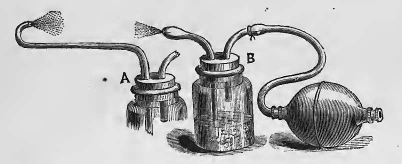


FIG. 19. — Insufflateur du Dr Andrew. Smith.
A, tuyau pour les narines postérieures ; — *B*, pour les narines antérieures.

moyen d'un tube élastique ; le second s'enfonce presque jusqu'au fond du flacon, tandis que son extrémité libre est droite et quelque peu globuleuse. A cette extrémité, lorsqu'il s'agit de faire une insufflation rétro-nasale, on adapte un tube plus long, recourbé en haut et légèrement en arrière, comme on peut le voir (fig. *A*). On met dans le flacon une certaine quantité de poudre médicamenteuse, puis on presse sur la boule jusqu'à ce que, par la pression, une petite quantité du contenu ait passé à travers le tuyau. Sur les indications de Mackenzie, Clinton Wagner a récemment construit un insufflateur moins compliqué, dans lequel une éprouvette remplace le flacon précédemment décrit.

Pinceaux. — On se sert avec avantages pour l'application des remèdes, principalement dans les fosses nasales antérieures, d'un pinceau fixé à un manche ayant une courbure convenable.

Cette figure montre l'angle d'inclinaison que doivent présenter tous les instruments destinés à être introduits dans les fosses nasales.

Quant aux pinceaux pour les arrière-fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne, les pinceaux n° 1 et n° 2 sont suffisants (vol. I, p. 340).



FIG. 20. — Pinceau nasal.

PORTE-CAUSTIQUE. — Les pinceaux décrits ci-dessus peuvent servir à l'application de certains caustiques. Pour cautériser avec le nitrate d'argent, il suffit d'employer ce dernier fondu simplement sur une tige métallique(vol. I, p. 351). Toutefois, de nombreux instruments ont été inventés dans le but de protéger les tissus voisins contre l'action des caustiques, et on doit à Schrotter un instrument des plus utiles pour l'application du nitrate d'argent solide.



FIG. 21. — Porte-caustique du professeur Schrotter.

(D'après Beverley-Robinson.)

Il consiste en une longue tige creuse munie d'une plaque tournante qui recouvre la rainure, dans laquelle le nitrate d'argent est fondu. On peut introduire cet instrument fermé, jusqu'aux parties que l'on se propose de cautériser ; on tourne alors la plaque, et le caustique arrive au contact des tissus que l'on veut détruire.

Pour appliquer l'acide nitrique pur et les caustiques de ce genre, l'instrument d'Andrew Smith, quelque peu modifié et perfectionné par Béverley Robinson (fig. 21), est très utile. Il consiste en une tige conductrice en caoutchouc vulcanisé ; cette tige est munie d'une rainure et inclinée sous un angle convenable. On introduit dans une petite étendue de la rainure un mince fil en acier muni d'un tampon d'ouate, et l'on

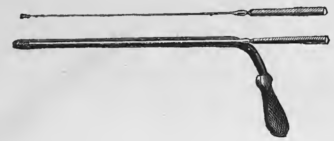


FIG. 22. — Porte-caustique modifié du Dr Andrew Smith.

verse quelques gouttes d'acide sur la surface libre du tampon, on introduit alors dans les fosses nasales l'instrument tout entier, préalablement imbibé d'huile, et on pousse le fil d'acier à travers la rainure aussi loin qu'on le désire.

Le fil une fois retiré, pour neutraliser l'action trop énergique de l'acide, on peut en introduire un second, dont le tampon d'ouate a été préalablement plongé dans une solution de bicarbonate de soude.

Harrison Allen[1] recommande une méthode encore plus simple : il emploie une tige de fer doux, effilée, légèrement rugueuse à son extrémité, pour assujettir plus solidement le bourrelet d'ouate dont on l'entoure. L'autre extrémité est munie d'un manche en bois. On donne à cette tige l'inclinaison voulue et le bourrelet d'ouate peut être trempé dans n'importe quelle solution[2]. On introduit l'ins-

[1] *Amer. Journ. med. sci.* Nouvelle série, nº CLVII, 1880, p. 62 et suiv.

[2] Pour notre part, nous préférons aussi, comme pour le larynx, nous servir de ouate enroulée à l'extrémité d'une tige métallique recourbée, *ad hoc*. Ce moyen ayant l'avantage d'être plus propre que le pinceau et plus pratique, en ce sens que l'on fait soi-même son pinceau de la grosseur voulue suivant chaque malade et chaque cas particulier. (Note des traducteurs.)

trument dans les fosses nasales à l'aide d'un spéculum ordinaire [1].

Liquides a renifler (Hand Washes). — Ils n'exigent rien de particulier, le liquide médicamenteux devant passer à l'aide de la main dans les fosses nasales. Une petite quantité d'eau tiède, tenant en dissolution du chlorure de sodium, du carbonate de soude ou tout autre médicament, est aspirée par le nez et rejetée lorsqu'elle arrive à la bouche. Rumbold [2], de Saint-Louis, a montré que la direction que suit le liquide en passant par les fosses nasales dépend de la position de la tête du malade. Il en résulte que, pour que l'eau arrose toutes les parties de la cavité nasale, on doit inviter ce dernier à incliner la tête, pendant qu'il reniffle, d'abord en avant et en bas, puis à la tenir droite, pour la rejeter ensuite aussi en arrière que possible.

[1] Pour les cautérisations à l'acide chromique, nous recommanderons de préférence l'emploi du procédé du Dr Hering de Varsovie. *Revue mens. de laryngol. d'otol.*, etc., n° 188.) Tout le monde sait que l'acide chromique cristallisé jouit de propriétés hygrométriques très prononcées, qu'il fond et se diffuse à la surface des muqueuses sur lesquelles il est appliqué, avec une facilité extrême. Bien plus, les attouchements faits avec ce caustique, et d'après les procédés habituels, étaient assez douloureux, tandis qu'employés à la manière du Dr Hering on peut en localiser strictement l'action et ne profiter que des avantages qu'il nous offre. Sur une lampe ordinaire ou un bec de gaz, on chauffe, à l'extrémité d'une sonde métallique, ou en verre, un très petit fragment d'acide cristallisé qui ne tarde pas à perdre son eau en crépitant légèrement; il se fond et forme une masse épaisse, gluante d'un brun foncé, qui se fige rapidement en se plaçant sur l'un des bords ou à l'extrémité du porte-caustique suivant le désir et le besoin de l'opérateur. Il forme alors à ce niveau un enduit plus ou moins épais (mais il est préférable de toujours prendre de très petits fragments de cristaux et de faire une couche assez mince) ayant à peu près l'aspect terne et la coloration de la préparation inflammable qui revêt les allumettes suédoises.

Max. Bresgen, de son côté (*Revue mens. de laryngologie, d'otol.* etc., n° 10, 1885), recommande d'envelopper quelques cristaux d'acide chromique au milieu du tampon de ouate sèche que l'on introduit alors dans le point de la fosse nasale à cautériser. La ouate s'imbibant de mucus nasal, dissout peu à peu ces cristaux d'acide chromique, et produit la cautérisation recherchée. (Note des traducteurs.)

[2] *Hygiene and treatment of catarrh.* Saint-Louis, 1880, Ire part.

Douches. — La douche ou irrigation a été introduite dans la pratique par Thudichum [1]. Il fut le premier à appliquer cette découverte de Weber [2], à savoir que la cavité nasale joue le rôle de syphon, quand on tient la bouche ouverte. L'instrument primitif de Thudichum consiste en un tube en caoutchouc, d'environ 1 m. 20 cent. de longueur, muni à l'une de ses extrémités d'un poids perforé, et à l'autre d'un bec pouvant être introduit dans les narines. On place dans

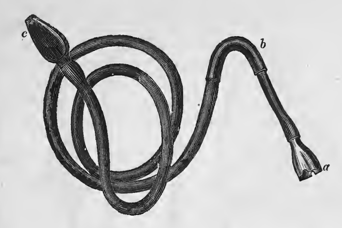


FIG. 23. — Irrigateur nasal.

Tube élastique muni en *a* d'un poids en métal, perforé et en *c* d'un bec, tandis qu'en *b* se trouve une armature métallique ou en caoutchouc vulcanisé, libre de façon à pouvoir glisser le long du tube en haut et en bas ; *a*, le poids en métal est placé au fond d'une bouteille ou d'un vase contenant le liquide salé ; *b*, reste sur le bord du vase et l'extrémité *c* est introduite dans le nez du malade. On doit, afin d'établir le courant, exercer une légère succion au bec de l'instrument.

un vase contenant le liquide médicamenteux, l'extrémité du tube munie du poids ; quant à l'autre extrémité, elle est placée sur une étagère un peu au-dessus de la tête du malade. L'instrument, amorcé par une légère succion sur le bec, et placé dans une des narines, on obtient ainsi un jet qui se continue jusqu'à épuisement complet du liquide. On a, depuis, quelque peu modifié cet instrument en y ajoutant une armature métal-

[1] *Lancet.*, nov. 24, 1864.

[2] *Muller's archiv*, 1847, p. 351-354.

lique, ou en caoutchouc vulcanisé, pour recouvrir la partie du tube (fig. 23), qui passe sur le bord du vase. Cette modification empêche le tube de s'aplatir par la pression sur le vase et dispense d'ajouter un poids à l'extrémité qui plonge dans le liquide.

L'irrigateur de Parson est un instrument plus parfait encore : il est muni d'une boule élastique, au moyen de laquelle on aspire le liquide, et d'un robinet qui permet d'interrompre le courant.

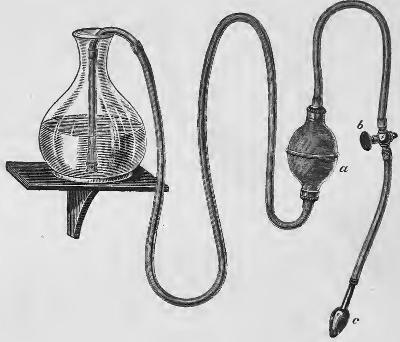


FIG. 24. — Irrigation nasale de Parson.
a, Boule de caoutchouc ; — *b*, Robinet ; — *c*, Canule.

On se sert pour les irrigations, de solutions de bicarbonate de soude ou de chlorure de sodium, 4 grammes pour environ 1/2 litre d'eau, à la température de 32° centig. Depuis quelques années les irrigateurs sont employés sur une vaste échelle, mais Roosa[1], de New-York, et d'autres observateurs, ont démontré que les liquides employés pour les irrigations nasales

[1] *Arch. of ophthalm. and Otology*, vol. II et III.

peuvent quelquefois passer par la trompe d'Eustache et amener de violentes inflammations de l'oreille moyenne. Cet accident se produit surtout lorsque le jet de liquide parcourt les fosses nasales avec une trop grande force, ou quand le malade fait un mouvement de déglutition pendant l'irrigation. On emploie, d'ordinaire, le sel de cuisine pour les irrigations; toutefois, Weber-Liel [1] estime que le bicarbonate de soude présente moins de danger lorsqu'une partie de liquide pénètre dans l'oreille moyenne. Solis-Cohen [2], qui est un énergique partisan de ce mode de traitement, fait remarquer que les accidents se produisent surtout lorsqu'on emploie de l'eau froide au lieu d'eau chaude pour l'irrigation, et il fait observer que Cassels a réuni 1,500 cas, dans lesquels les irrigations ont été faites sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

J'emploie les irrigations moins souvent qu'autrefois ; non pas que j'aie obtenu de mauvais résultats de leur usage, mais parce que j'obtiens d'aussi bons effets avec le pulvérisateur qui, règle générale, est moins ennuyeux pour le malade [3].

[1] *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877, n° 30.

[2] *Diseases of the throat* etc., 2e col., p. 360.

[3] Quel que soit le moyen employé pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans le nez, le point capital sera de diriger convenablement l'injection de manière à éviter son introduction dans les sinus frontaux, ou tout au moins, pour empêcher le jet de venir doucher la base du crâne et occasionner ensuite des maux de tête violents, qui forcent les malades à renoncer à ce moyen térapeuthique.

C'est pour avoir oublié ces précautions préliminaires, ou pour avoir poussé leurs injections trop violemment dans les cavités du nez, que bien des praticiens n'ont pu employer la douche de Weber.

Pour éviter ces inconvénients, il suffira d'avoir présents à la mémoire la disposition des fosses nasales et le trajet que doit suivre le liquide pour faire le tour de la cloison. Si l'on se rappelle que, contrairement à l'opinion admise dans le public, les fosses nasales se dirigent non pas en haut, vers la base du crâne, mais directement en arrière vers le pharynx, l'on compren-

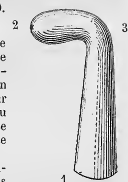


FIG. 25. — Canule nasale coudée à angle droit: 1, extrémité de la canule s'adaptant sur l'embout du tuyau de l'irrigateur ou du syphon ; — 2, extrémité nasale percée d'un trou et destinée à être introduite dans l'une des narines; — 3, portion coudée de la canule légèrement renflée pour bien fermer l'orifice de la narine dans laquelle elle est introduite.

Pulvérisateurs. — Il en existe une grande variété; la plupart de ceux qui ont été décrits à propos des maladies du larynx (t. Ier, p. 344) peuvent servir dans les affectiens du nez. Il est généralement préférable, toutefois, d'user d'un appareil dans lequel le bec puisse être introduit assez profondément dans l'intérieur des fosses nasales. Les pulvérisateurs pour le nez sont de deux ordres : l'antérieur et le postérieur.



FIG. 26. — Pulvérisateur nasal antérieur.

(Bien que, dans cette planche, l'instrument présente deux boules dans le but d'obtenir un jet continu de vapeur, une seule est cependant suffisante.)

Le pulvérisateur nasal antérieur ordinaire (fig. 26) présente un tuyau d'environ 7 cent. 1/2 de longueur, perforé à son

dra facilement combien il est utile, lorsqu'on prescrit la douche de Weber à un malade ayant des idées absolument fausses sur l'anatomie du nez, de bien lui indiquer, et au besoin même lui montrer la manière de l'employer.

Pour ma part (Moure) et pour éviter toute explication anatomique qui risquerait fort d'être mal comprise ou mal interprétée par le patient, je me sers non pas d'olives, mais d'une canule coudée à angle droit (fig. 26). De cette manière, il me suffit de recommander au malade de tenir le manche de la canule en bas vers le menton, éloigné à environ 4 ou

extrémité terminale, et muni d'un second tuyau et d'un tube en caoutchouc, communiquant à deux boules élastiques.

Le même instrument peut servir pour les fosses nasales postérieures, mais le tube chargé de porter le liquide médica-

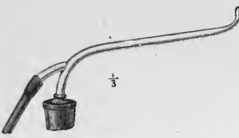


FIG. 27. — Pulvérisateur nasal postérieur.

menteux sort de la bouteille dans une direction à peu près horizontale, et son extrémité se dirige en haut et un peu en arrière (fig. 27).

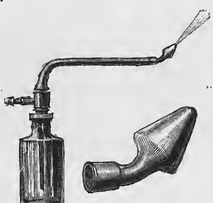


FIG. 28. — Pulvérisateur nasal de Lefferts avec bout conique. (D'après Béverley-Robinson.)

5 centimètres de ce dernier, pour que le jet se trouve ainsi bien dirigé, c'est-à-dire que l'ouverture dont est percée la canule regarde directement en arrière vers le pharynx suivant le plancher des fosses nasales, c'est-à-dire dans la position voulue pour que l'injection soit utile au malade.

Pendant l'irrigation, la tête doit être légèrement inclinée en avant et la bouche largement ouverte. Au besoin, il pourra même être utile, au début, de faire prononcer la voyelle *a*, de manière à favoriser le redressement du voile du palais et à empêcher ainsi le liquide de tomber dans l'arrière-gorge.

J'ai en outre l'habitude d'avertir les malades que la douche doit se faire presque d'elle-même sans leur occasionner de maux de tête et que si ces derniers apparaissent après l'injection c'est que cette dernière n'est pas faite selon les règles que je viens d'indiquer. (Note des traducteurs.)

Lefferts préfère une extrémité *conique*, qui ferme hermétiquement les narines et empêche l'écoulement du liquide au dehors. En raison de la fréquence du catarrhe naso-pharyngien en Amérique, et de la nécessité de nettoyer énergiquement cette cavité lorsqu'elle est malade, les médecins des États-Unis se sont beaucoup occupés des pulvérisateurs; ils ont mis en réquisition et les pompes à air et le pouvoir de la vapeur pour obtenir un jet continu et une force toujours égale. Le plus parfait de tous ces instruments est le pulvérisateur pneumatique de Livingston (fig. 29). Il se compose d'un cylindre extérieur, reposant sur un large plateau en fer et muni d'une pompe à air et d'un manomètre; ce dernier peut être retiré de la chambre à air quand on le désire. Au couvercle de la chambre à air est vissé un tuyau long et élastique, muni d'un robinet à son point de sortie du cylindre, et communiquant, par l'autre extrémité, avec un pulvérisateur composé de deux tubes : un premier horizontal, un second perpendiculaire. Immédiatement uni à ces deux tubes, et intercalé entre eux et le tuyau élastique de la chambre à air, se trouve un tube métallique plus petit, recourbé à angle droit, et muni d'une soupape qui s'ouvre à l'aide d'un ressort et règle la communication avec la chambre à air. Le tube perpendiculaire du pulvérisateur plonge dans une éprouvette ordinaire, contenant le liquide médicamenteux; l'opérateur, tout en tenant l'éprouvette entre ses doigts, peut avec son pouce faire mouvoir la soupape. Les tubes du pulvérisateur sont des modifications en métal, des tubes de verre de Sass, et la façon dont ils sont unis à la pompe à air permet de projeter la vapeur dans n'importe quelle direction avec une force qu'on peut exactement règler.

On peut à l'aide d'une citerne placée sous le toit de la maison, obtenir un appareil hydraulique, ayant une force suffisante pour remplacer la chambre à air. Un certain nombre d'éprouvettes contenant différents liquides sont en communication avec le réservoir d'air qui est toujours rempli à l'aide de la pression produite par la citerne, et l'opérateur peut ainsi, à tout moment, faire n'importe quelle pulvérisation. J'ai vu

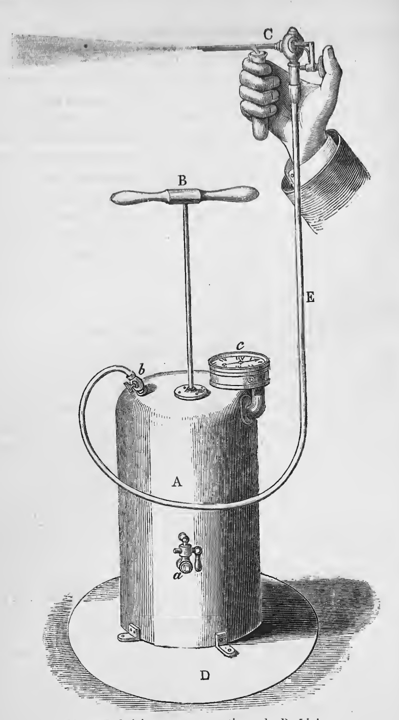


FIG. 29. — Pulvérisateur pneumatique du Dr Livingston.

A, chambre à air ; — *B*, Manche servant à manier la pompe condensante ; — *C*, pulvérisateur constitué par deux tubes métalliques minces, dont l'un plonge dans une éprouvette contenant le liquide médicamenteux, tandis qu'entre le second tube horizontal et le tuyau élastique *E* qui communique avec la chambre à air, se trouve une soupape à ressort, que fait mouvoir le pouce de l'opérateur ; *a*. communication (au moyen d'un essieu mobile) entre la pompe et la chambre à air ; — *b*, robinet en *A* et E ; — *E*, *D*, plateau; *c*, manomètre.

dernièrement dans le cabinet du Dr Cheetham, de Louisville (Kentucky), un excellent modèle de cet ingénieux appareil, qui m'a paru constituer la méthode la plus parfaite de pulvérisation inventée jusqu'à ce jour.

Inhalations. — Il peut être utile, dans certains cas, de faire faire au malade des inhalations de vapeurs médicamenteuses ; rarement, toutefois, elles rendent autant de services que dans les affections de la gorge. Nous avons décrit dans le premier volume la plupart des inhalateurs (voy. t. Ier, p. 347), on peut s'en servir pour les fosses nasales en ayant soin de les munir d'un bec ayant une courbure convenable, mais le meilleur instrument de ce genre est, sans contredit, l'inhalateur récemment construit par le Dr Whistler [1]. Il consiste en une pièce en caoutchouc qui se moule sur l'extrémité et sur les ailes du nez; de la face supérieure de ce moule partent deux pièces coniques, qui pénètrent dans l'intérieur des fosses nasales, tandis que la partie inférieure est en rapport avec une chambre cylindrique, que l'on peut faire communiquer avec l'inhalateur au moyen d'un tube en caoutchouc. On peut cependant prescrire au malade cette médication, sans avoir un appareil spécial ; il suffit de faire l'inhalation par la bouche et de forcer ensuite la vapeur à passer par les arrière-fosses nasales, à la manière des fumeurs.

Seringues. — Pour pratiquer une injection par les fosses nasales antérieures, la seringue ordinaire en caoutchouc ou en verre est bien suffisante. Il n'en est pas ainsi pour les irriga-



FIG. 30. — Seringue rétro-nasale de Solis-Cohen.

tions faites dans les arrière-fosses nasales. On pourra se servir alors avec avantage de l'instrument de Solis-Cohen (fig. 30),

[1] *Med. Times and Gaz.*, 1882, t. II, p. 737.

qui présente un bec ayant une courbure convenable, et perforé d'une foule de petits trous, à la façon d'une pomme d'arrosoir, et par lesquels le liquide est projeté dans toutes les directions.

Instruments tranchants, pinces, etc. — Pour l'ablation des polypes ou des végétations adénoïdes, on peut faire usage de pinces ou de serre-nœuds. Nous figurons ci-dessous (fig. 31)

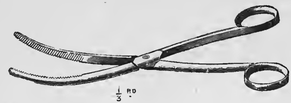


fig. 31. — Pinces à polypes ordinaires.

les pinces les plus anciennes et qui, de nos jours encore, sont généralement employées par les chirurgiens pour l'ablation des polypes; les mors en sont dentelés dans la moitié de leur longueur et légèrement recourbés. On peut fort souvent se servir de ces pinces avec avantage, mais elles sont un peu grandes et le manche étant situé sur la même ligne que les branches, l'instrument et la main de l'opérateur empêchent de voir la tumeur.

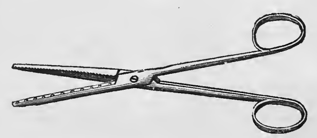


fig. 32. — Ciseaux à raisin (Vine-Scissor) du Dr Gant.

M. Gant a inventé un genre de pinces construites sur le même principe que les instruments qui servent à couper les raisins et les fleurs. Un des bords de chaque branche est en tout semblable à celui des ciseaux ordinaires, mais l'autre

est large et rugueux, de manière à ne pas déraper et à retenir la tumeur quand elle a été sectionnée. Cet instrument peut être utile quand les tumeurs sont plus résistantes qu'à l'ordinaire, mais on peut lui faire la même objection que nous avons déjà formulée à propos des pinces ordinaires : elles gênent le regard.

L'instrument dont je fais le plus souvent usage, et qui m'a rendu le plus de services, est ma pince à emporte-pièce (fig. 33).

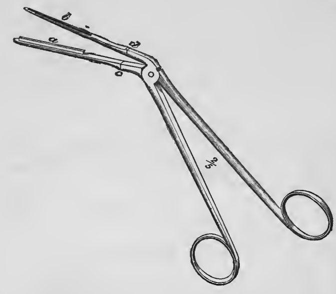


FIG. 33. — Pinces à emporte-pièce de Mackenzie[1].

a, petite crête ou « emporte-pièce », pénétrant, lorsque les deux branches sont rapprochées dans la fenêtre *b*, située sur la partie correspondante de l'autre branche ; *d* et *c*, articulations à l'aide desquelles les branches mâle et femelle peuvent être renversées, ou auxquelles on peut adapter, si on le désire, différentes espèces de branches.

Les manches en sont fixés sous un angle tel qu'ils sont situés au-dessous du niveau des branches, de sorte que la main de l'opérateur ne cache en aucune façon le champ visuel. Les branches sont elles-mêmes effilées et s'ouvrent verticalement, pour permettre au chirurgien d'opérer sur ce petit espace. Ce qui caractérise spécialement ces pinces, c'est que la

[1] Cet instrument ainsi que tous ceux que l'auteur a inventés, sont construits par MM. Mayer et Meltzer, Great Portland-Street.

branche inférieure porte sur sa face supérieure une tige saillante, ou emporte-pièce métallique, qui est reçue dans une ouverture située sur la portion correspondante de la branche supérieure. Une tumeur saisie avec ces pinces est généralement coupée tout d'abord. Ces pinces peuvent servir à l'extraction comme les pinces ordinaires ; ou, si l'on préfère, on peut changer les branches coupantes et leur substituer des extrémités mousses.

Pour enlever de très petites tumeurs, situées à la partie supérieure des fosses nasales, on pourra employer avec avantage des pinces à essieu (fig. 34), construites sur le principe de l'instrument œsophagien de Burge, dans lequel les branches s'ouvrent entièrement, alors que leurs tiges s'écartent à peine.

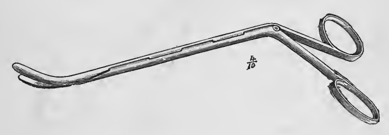


FIG. 34. — Pinces à essieu pour polypes (axial forceps).

Beverley Robinson a modifié les pinces à polype ordinaires en leur donnant une extrémité plus longue et plus effilée, et



FIG. 35. — Pinces à dents et à crochets du Dr Beverley Robinson.

a, crochet à l'aide duquel les manches sont fixés l'un à l'autre ; *b*, image séparée d'un des mors montrant la rainure centrale et les bords dentelés.

en adaptant au manche des crochets comme dans les pinces à forcipressure. La face interne des branches présente, en outre,

une rainure à la partie moyenne et des bords fortement dentelés. Cette modification, jointe au crochet qui unit les manches, donne à l'instrument une grande puissance et, d'après Robinson, en fait un instrument précieux pour le traitement des hypertrophies de la muqueuse.

Mon collègue, le Dr Georges Stoker, a inventé, pour extraire les polypes, une pince tournante, qui permet, après avoir saisi le pédicule de la tumeur entre les branches de l'instrument, de tenir celles-ci réunies à l'aide d'un ressort à crochet, et de leur faire subir un mouvement de rotation sur leur axe, à l'aide

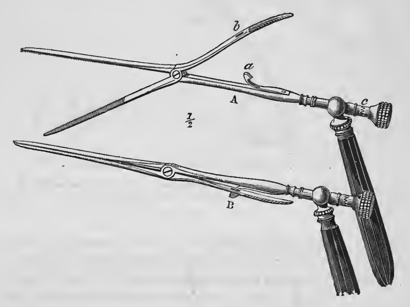


FIG. 36. — Pince tournante du Dr Georges Stoker.

A montre l'instrument ouvert; *a*, ressort à crochet; *b*, fente à travers laquelle *a* passe quand les deux branches sont rapprochées; *c*, double écrou dentelé permettant à la tige de tourner indépendamment du manche. — *B* représente les branches réunies et en partie tournées.

d'un petit manche. La planche ci-jointe (fig. 36) montre assez clairement le mode d'action de cet instrument.

Pour enlever les cornets et les exostoses nasales, j'ai fait construire un instrument, qui permet de saisir les parties à extraire avec autant de force qu'avec les pinces ordinaires et de les couper en même temps. L'instrument (fig. 37) se com-

pose de deux branches profondément cannelées, un peu aplaties de chaque côté, s'ouvrant verticalement et ayant la forme d'un tube, lorsqu'on les ferme. De fait, chaque branche constitue la moitié d'un cylindre et présente par conséquent un bord

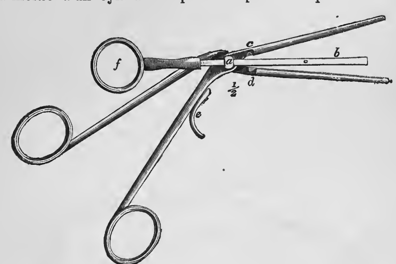


FIG. 37. — Pinces à cornet de Morell-Mackenzie.

a, pivot central, dans l'ouverture duquel glisse une branche *b*, unie au manche *f*: *c* et *d* branches supérieure et inférieure de la pince ; *c*, crochet pour l'index droit de l'opérateur.

externe et un bord interne. Les bords internes de chaque branche (les plus rapprochés de la cloison quand l'instrument est introduit sous les fosses nasales) sont légèrement dentelés pour permettre à l'opérateur de saisir sûrement le cornet. Dans l'intérieur du tube que forment les deux branches lorsqu'elles sont rapprochées, pénètre une troisième tige, ayant à son extrémité antérieure un bord tranchant taillé en biseau, comme un ciseau; cette branche peut être poussée en avant lorsque l'instrument est en place. La pince est introduite avec le ciseau tiré en arrière, et lorsque les tissus à enlever ont été fortement saisis, l'opérateur, de sa main libre, pousse en avant la partie tranchante de l'instrument.

SERRE-NŒUDS ET ÉCRASEUR. — Depuis de nombreuses années, on fait usage de serre-nœuds, pour extraire les polypes.

L'instrument de ce genre le plus connu est celui de Hilton[1] (fig. 38). Il consiste en une tige quadrangulaire terminée à l'une de ses axtrémités par un anneau destiné à recevoir le pouce de

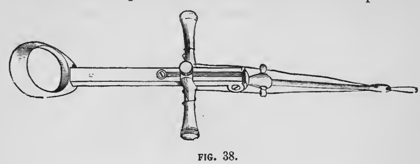


FIG. 38.

l'opérateur, tandis que l'autre extrémité amincie s'introduit dans les fosses nasales.

Une tige transversale, à laquelle on assujettit les bouts du fil, glisse sur la partie quadrangulaire de l'instrument. L'extrémité nasale est olivaire et présente deux ouvertures longitudinales à travers lesquelles passent les fils de fer de manière à former un nœud coulant. Cet instrument a été perfectionné, dans ces dernières années, par Clarence Blake, de Boston, par Zaufal et par moi-même.

Blake inclina, sous un angle convenable, la tige primitivement droite, modification qui permet de voir l'intérieur du nez pendant toute la durée de l'opération. Dans l'instrument de Zaufal, le fil repose, à son extrémité nasale, sur deux petites tiges, de telle façon que le nœud coulant ne puisse être formé que lorsque les deux tiges sont poussées en avant. Il résulte de cette disposition que le nœud coulant ne peut être incliné, ni rejeté sur le côté, ainsi qu'il arrive trop souvent lors de l'introduction dans le nez, et le fil n'est poussé en avant que lorsque le bout de l'instrument est tout près du polype.

Les perfectionnements que j'ai apportés ne sont que de légères modifications de l'instrument de Blake, ayant pour objet

[1] Pour les détails concernant l'origine de cet instrument, voyez l'historique des Tumeurs bénignes du nez.

d'en faciliter le maniement, et permettant d'introduire plus rapidement le fil. Dans mon serre-nœud (fig. 39), le pouce de l'opérateur, après avoir passé dans un anneau situé sur la face supérieure du manche, s'appuie sur une pièce métallique *f*,

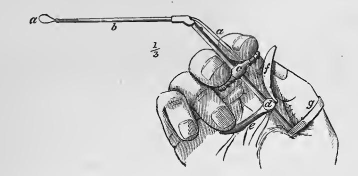


FIG. 39. — Serre-nœud à polype de Mackenzie.

a, fil métallique ; — *b*, tube dans lequel passe le fil ; — *c*, pièce centrale de la tige transversale ; — *e*, appui pour le doigt; — *d*, pièce centrale à laquelle sont fixés *e* et *f*; — *f*, appui pour le pouce ; — *g*, anneau pour le pouce.

concave, qui peut glisser le long du manche, et se fixer à la distance qui convient le mieux à la main de l'opérateur ; au-dessous de cette première pièce, il en existe une seconde, effilée qui sert de point d'appui à l'annulaire de l'opérateur.

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de l'hypertrophie des cornets, et bon nombre d'instruments ont été inventés pour détruire les tissus hypertrophiés. Parmi ceux qui ont été construits dans ce but, nous devons mentionner comme étant un des plus délicats et en même temps d'une forme éminemment pratique, l'écraseur nasal inventé par Jarvis, de New-York[1].

Cet instrument (fig. 40) se compose d'une canule droite, de nickel, ayant environ 17 centimètres de longueur et 1 millim. 1/2 de diamètre. La surface extérieure est lisse, sur une étendue de 10 centimètres à partir du sommet de l'instrument, et pré-

[1] Il suffit pour prouver la valeur du principe sur lequel repose cet instrument de citer ce fait que, dans les six mois qui ont suivi sa description, il n'a pas reçu moins de sept modifications ou perfectionnements, tant en Amérique qu'en Angleterre. (Note de l'auteur.)

sente un pas de vis sur le reste de son étendue. Sur cette portion de l'instrument est fixée une seconde canule, ayant un diamètre intérieur plus considérable, lisse extérieurement, rayée à l'intérieur. Sur le pas de vis est adaptée une petite roue de 1,2 centimètre de diamètre et 4,7 millimètres d'épaisseur, à bord externe, rugueux et disposée de telle façon que, lorsqu'on la tourne, elle pousse devant elle la canule mobile.



FIG. 40. — Ecraseur nasal de Jarvis (d'après Bosworth).

A l'extrémité postérieure de la seconde canule sont placées deux fiches autour desquelles sont fixées les extrémités du fil métallique qui traverse, dans toute son étendue, la cavité intérieure de l'instrument. Naturellement l'anneau métallique que forme le fil à l'extrémité antérieure de la canule peut être aussi grand qu'on le désire. Cet instrument est très avantageux, en ce sens, qu'il est facile à manier, que l'anneau métallique peut être fermé soit *lentement* en faisant tourner la roue et en poussant ainsi le tube graduellement en arrière, soit *rapidement* en portant la canule externe elle-même en arrière. Il est évident que ce petit instrument peut servir aussi bien pour l'ablation des polypes que pour les hypertrophies de la muqueuse.

Un de mes anciens assistants, Jefferson Bettman, aujourd'hui établi à Chicago, a modifié l'instrument de Jarvis de la façon suivante : il a aplati l'extrémité du tube, de manière que le point par lequel sort l'anneau du fil métallique puisse s'appliquer exactement sur la surface où l'on désire opérer.

D'autre part, l'instrument ainsi modifié, se compose de parties pouvant être démontées, ainsi que de tubes de calibres, de formes et de longueur différentes, que l'on peut substituer à la tige droite primitive.

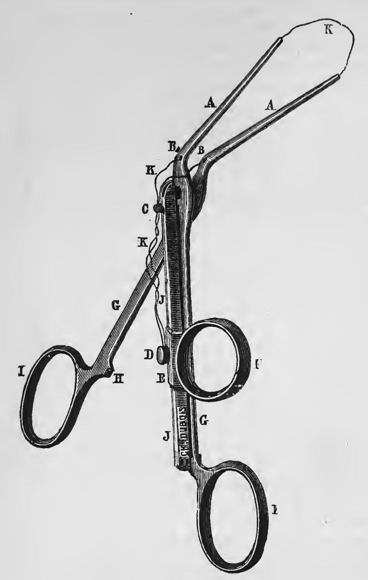


FIG. 41. — Polypotome du Dr Baratoux

AA, cylindres creux coudés à angles obtus sur les branches *GG*; — *I*, anneau pour passer le pouce et l'annulaire ou le médius; — *H*, mors destiné à maintenir la pince fermée; — *K*, fil de l'anse; — *J*, tige montée sur la branche droite de la pince à laquelle elle ne s'attache que par ses extrémités seulement; — *C*, petit anneau dans lequel passent les deux fils après leur sortie des trous *BB*; — *E*, curseur muni d'un anneau *F* pour le doigt indicateur et d'un bouton *D* pour attacher les fils. Ce curseur peut se mouvoir sur toute la longueur de la tige.

L'instrument est représenté les branches écartées.

De cette façon, l'instrument sert aussi pour les fosses nasales postérieures. Un autre avantage du serre-nœud de Bettman, c'est que les extrémités des fils, au lieu de s'enrouler autour de deux fiches métalliques, sont fixées au moyen d'une vis à crampon et peuvent ainsi être resserrées ou relâchées à volonté.

Bosworth [1] a heureusement modifié l'instrument de Jarvis en lui donnant la courbure ordinaire des instruments utilisés dans les fosses nasales [2].

Ecraseurs. — Pour l'ablation des polypes très résistants, l'instrument figuré ci-dessous (fig. 42) m'a rendu les plus grands services.

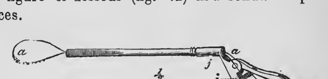


FIG. 42. — Ecraseur nasal de Mackenzie.

a, Fil allant de l'extrémité de la tige aux deux bobines *b*; — *c*, roue dentée, ressort d'arrêt qui se relâche lorsqu'on presse sur le bouton *f*, et permet ainsi aux deux roues de tourner; *e*, dent gouvernée par le ressort *g*, qui à son tour est poussé par le levier *h*; *i*, ressort à boudin servant à soulever le levier après qu'il a servi; *j*, portion de la tige courte cylindrique, contenant la partie tournée du côté de l'opérateur.

Dans cet instrument, les fils passent dans l'intérieur de la tige et vont s'enrouler autour de deux bobines à l'aide d'un levier que fait mouvoir une roue dentée. La tige a une longueur d'environ 9 centimètres, elle est aplatie sur une longueur d'environ 20 millimètres à partir

[1] *Philadelphia Med. News*, fev. 24, 1883, p. 230.

[2] Un dernier serre-nœud fort commode pour les polypes occupant le tiers antérieur des fosses nasales, qu'il permet d'enserrer plus facilement à cause de l'écartement de ses branches, est l'instrument du Dr J. Baratoux (fig. 41).

de son extrémité antérieure, ce qui permet de l'introduire facilement dans un conduit étroit.

FIG. 43. — Serre-nœud rétro-nasal du Dr Delstanche [1].

CAUTÈRES GALVANIQUES. — Le galvano-cautère est très employé pour le traitement des polypes, des hypertrophies de la muqueuse ou des tumeurs cartilagineuses. On peut faire usage, dans les fosses nasales, de quelques-uns des cautères que nous avons déjà décrits (vol. Ier), en ayant soin toutefois de leur donner une inclinaison convenable. Depuis quatre ans, je me sers des remarquables cautères de Schech, à l'aide desquels l'opérateur peut traiter toute espèce de cas[1]. Pour appliquer le cautère dans la partie centrale des fosses nasales, l'instrument de Lowenberg (fig. 44) présente toutefois ce très grand avantage,

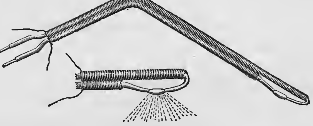


FIG. 44. — Cautère nasal de Lowenberg.

qu'il peut être employé sans bouclier; car le point d'incandescence, au lieu d'être placé à l'extrémité du cautère, est situé

[1] Fabriqués à des prix très modérés par Albrecht, de Tubingen.

sur les parties latérales à côté de l'un des fils, de sorte que, lorsqu'on l'introduit dans les fosses nasales, l'autre fil protège les parties saines [1].

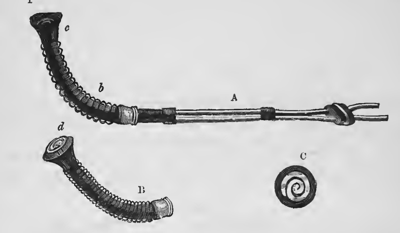


FIG. 45. — Cautère rétro-nasal du D[r] Lincoln (d'après Beverley Robinson).

A, Electrode complet montrant en *b*, le ressort spirale et, en *c*, le bouclier; — *B*, une partie d'electrode montrant le disque *d*, non recouvert; — *C*, disque entouré de son bouclier.

Pour appliquer le galvano-cautère à la voûte ou au pharynx, Lincoln a inventé un très ingénieux appareil (fig. 45).

[1] Chez quelques malades que la vue du sang effraie au delà de toute expression, ou si l'on a affaire à des néoplasmes très vasculaires, il peut être utile d'employer l'anse galvano-caustique, recommandée par Voltolini, Bruns, Michel et la plupart des auteurs modernes. (Note des traduct.)

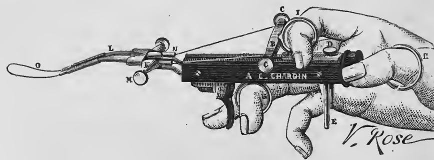


FIG. 46. — Anse galvano-caustique (de Chardin).

A. tige de l'instrument; — *B*, curseur mobile sur toute la longueur de la tige et muni en *CC* d'une vis destinée à retenir le fil *O*; — *L*, tube coudé, dans lequel passe le fil et pouvant se changer à volonté, et que l'on maintient fixé avec la vis *M*. La main qui tient l'instrument indique la manière dont on doit s'en servir.

Il se compose d'une plaque de platine autour de laquelle s'enroule en spirale un ressort qui se termine dans l'intérieur d'un bouclier en os, en forme de cloche, qui surmonte le cautère et cache le disque de platine. Quand on presse l'instrument contre les tissus que l'on veut détruire, le bouclier est repoussé en arrière à l'aide du ressort et le cautère arrive ainsi au contact des parties malades.

Pinces rétro-nasales. — Pour l'ablation des tumeurs de la voûte du pharynx et du voisinage des arrière-fosses nasales, on peut se servir indifféremment de la pince recourbée de Lowenberg, ou de la pince glissante de Mackenzie. La première (fig. 47) est un instrument ayant un long manche effilé,

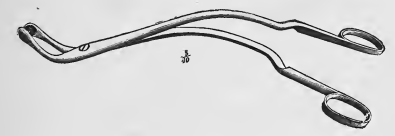


FIG. 47. — Pinces rétro-nasales de Lowenberg.

avec des branches fort courtes, tournées directement en haut, à angle obtus à partir de la vis d'union ; les mors sont évidés sur leur face interne, chacun d'eux se termine par un bord tranchant quelque peu recourbé en dedans, et qui vont s'appliquer sur le bord opposé lorsque les branches sont rapprochées. Mon collègue, le Dr Woakes [1], veut que la partie tranchante des bords soit plus étendue qu'elle ne l'est dans les instruments les plus récents de Löwenberg.

Quant à mes propres pinces (fig. 48), elles se composent d'une branche mâle et d'une branche femelle. Cette dernière consiste en un tube cylindrique droit, ouvert à la partie supérieure, dans toute sa longueur et terminé par un mors tranchant ayant la

[1] *Transact. Intern Med. Congress.* London. 1881, vol. III, p. 295, 206.

forme d'une cuillère, recourbé presque à angle droit; la branche mâle se compose d'un manche solide jouant en avant et en arrière dans la partie cylindrique de la branche femelle et terminé par un mors semblable dirigé de telle façon que la partie

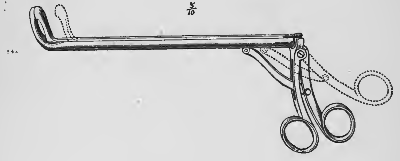


FIG. 48.

tranchante de l'un, corresponde à la portion tranchante de l'autre. Le manche est fixé à la face inférieure de l'extrémité postérieure de la branche femelle, la vis d'union étant située près du corps de l'instrument, et les jambes placées, l'une derrière l'autre. L'antérieure seule est fixe, à la postérieure, mobile en arrière et en avant, est attaché un levier qui traverse une rainure de la jambe antérieure et s'appuie sur la face inférieure du cylindre, où il est fixé à l'aide d'une cheville qui l'unit à la tige de la branche femelle. Lorsqu'on ouvre l'instrument, le mors de la branche femelle s'écarte le long de la portion cylindrique, aussi loin que le permet l'écartement des deux jambes. Cet instrument est surtout utile pour l'ablation des tumeurs des parois *latérales* du pharynx, tandis que la pince de Löwenberg est préférable pour opérer celles de la *voûte* et de la paroi postérieure.

Michael [1], de Hambourg, a inventé pour l'ablation des végétations adénoïdes, un instrument dont il prétend se servir depuis trois ans environ. Il lui a donné le nom de double ciseau, il serait plus exact de l'appeler pince à double tranchant. Les mors tournés en haut forment, à partir de leur point d'union,

[1] *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1881, nº 5.

un angle droit avec la tige, cet angle toutefois est arrondi et le bord tranchant s'étend à 3 centimètres au delà de ce point. Il diffère des instruments de même genre, en ce que la plus grande partie du tranchant est située à l'angle et non à la pointe comme dans l'instrument de Löwenberg et le mien. Je puis ajouter que je ne trouve pas de grands avantages à l'instrument de Michael.

Pour l'ablation des végétations adénoïdes, Meyer, de Copenhague, préfère se servir de son « couteau annulaire ». Il se compose, d'abord, d'un petit anneau ovale, ses arcs ont chacun 1,4 cent. et 1 centimètre de largeur; il est large de 1,5 millimètre. Le bord antérieur est aiguisé, bien que non absolument tranchant, le bord postérieur arrondi; en second lieu, une tige mince, résistante et en même temps flexible, d'environ 10 centimètres de longueur, portant l'anneau à une de ses extrémités, fixée de l'autre à un manche rugueux [1]. Le procédé opératoire de Meyer est le suivant : de la main droite, il introduit l'instrument dans les fosses nasales du malade et la cavité naso-pharyngienne, tandis qu'il introduit le doigt de la main gauche derrière le voile du palais, et presse les végétations contre le bord du couteau annulaire, que l'on doit en même temps pousser en bas, de manière à râcler les excroissances. La tige étant flexible, le couteau peut être incliné d'un côté ou de l'autre, suivant le besoin.

Pour l'ablation des néoplasmes naso-pharyngiens, Stoerk a adopté un anneau spécial à sa guillotine laryngée (vol. Ier, fig. 57, p. 360). J'ai

$\frac{2}{3}$

FIG. 49. — Guillotine rétro-nasale du Dr Stoerk.

plusieurs fois enlevé des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx à l'aide de cet instrument.

[1] *Med. Chir. Trans.* London, 1870, vol. III, p. 211, 212.

Pour enlever les végétations rétro-nasales, le Dr Cappart a eu

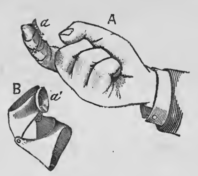
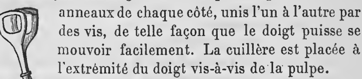


FIG. 50. — Gaîne digitale du Dr Cappart, muni d'une cuillère tranchante.

A, position de la main et du doigt qui supporte la cuillère ; *a*, vue latérale de la cuillère tranchante; — *B*, vue agrandie des deux parties de la gaîne digitale ; *a'* cuillère tranchante.

l'idée d'employer une cuillère tranchante, que l'on assujettit à l'index au moyen d'une gaîne métallique composée de deux anneaux de chaque côté, unis l'un à l'autre par des vis, de telle façon que le doigt puisse se mouvoir facilement. La cuillère est placée à l'extrémité du doigt vis-à-vis de la pulpe.

Ce petit instrument sert ainsi à porter la





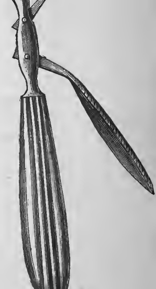


FIG. 51. — Adénotôme à coulisse du Dr Delstanche.

lame tranchante et à protéger le doigt de l'opérateur pendant qu'il est dans la bouche. Beaucoup de chirurgiens, toutefois, préfèrent le bord tranchant naturel que fournit l'ongle de l'index.

Les curettes tranchantes de Volkmann sont très utiles lorsqu'il s'agit d'enlever de petits séquestres, des tissus mortifiés ou d'aviver les bords d'un ulcère indolent, dans l'intérieur des fosses nasales. J'emploie des curettes de différente grandeur, fixées à un manche ayant l'inclinaison que comporte « l'angle nasal » (fig. 52).

Instruments hémostatiques. — Pour arrêter les hémorragies, le tamponnement des fosses nasales antérieures est souvent

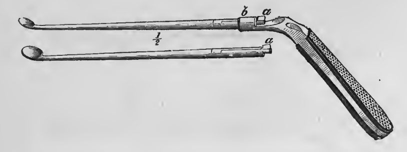


FIG. 52. — Curettes nasales.

a, crochet muni d'un ressort ; — b, articulation de la tige au manche, qui est terminé par un anneau pour la recevoir; dans la planche supérieure le ressort a est en place.

insuffisant, il devient alors nécessaire de recourir au tamponnement des narines ou de pratiquer la compression dans l'intérieur du nez. De là des tampons rétro-nasaux et des tampons intra-nasaux.

De tous les instruments de ce genre, le plus ancien et le plus connu est la sonde de Bellocq (fig. 53) ; c'est en même temps le plus utile. Il se compose d'un ressort de montre attaché à un stylet contenu dans une canule. Le ressort de montre est vissé à l'extrémité éloignée du stylet, de telle sorte que la pointe qui tient le fil est située en dehors de la canule. Après que l'instrument a été introduit dans les fosses nasales, on tourne la vis de telle façon que le ressort pousse en avant le stylet et reste attaché par son extrémité postérieure, tandis que son extrémité libre vient faire saillie dans le pharynx près de la base de la langue, entraînant le fil que l'on peut facilement saisir avec le doigt ou la pince. Un plumasseau de charpie [1], assez gros pour fermer l'orifice des arrière-fosses nasales, est attaché au fil que l'on fait alors repasser à travers le nez, et que l'on attache ensuite derrière les oreilles. On peut faire adhérer le fil à la face avec du diachylum. Il est rare qu'on ait

[1] Nous préférons, pour notre part, un tampon de ouate sèche hydrophile ou imbibé légèrement d'une solution astringente. (Note des traducteurs.)

cet instrument sous la main quand on en a besoin ; l'on peut alors se servir d'une sonde en caoutchouc ordinaire [1].

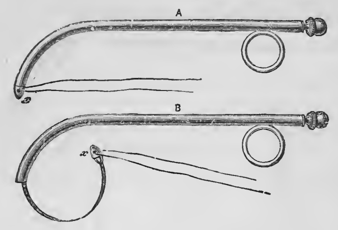


FIG. 53. — Sonde de Bellocq.

A. L'instrument, avec le stylet *x* muni d'un fil, prêt à servir ; *B*, le même après son introduction à travers les fosses nasales, le stylet *x* apparaît dans l'arrière-bouche.

Le tampon rétro-nasal le plus pratique est, toutefois, celui de Saint-Ange [2] (fig. 55). Cet instrument, qui porte le nom barbare de « rhinobyon », se compose de trois parties, à savoir : une petite seringue ; un tube s'ouvrant à son extrémité éloignée dans une boule en caoutchouc; et une petite sonde pilote. On introduit la sonde dans le tube et l'on fait ainsi pénétrer la boule dans les fosses nasales jusqu'à la cavité naso-pharyngienne, la sonde est alors retirée et le bec de la seringue, étant introduit dans l'orifice du tube, injecte de l'air ou un liquide dans la boule, qui se distend de manière à

[1] La sonde en caoutchouc nous semble en tous points préférable à la sonde Bellocq dont l'introduction est souvent difficile et douloureuse, tandis que la sonde suit facilement les sinuosités des cavités nasales. (Note des traducteurs.)

[2] Lapeyroux : *Méthode pour arrêter les hémorragies nasales*. Thèse de Paris 1836, n° 314. Dans l'instrument primitif un robinet remplaçait les pinces dont nous parlons ci-dessus. Plus tard, Küchenmeister *inventa* un instrument qu'il appela « rhyneurynter » ressemblant de tous points au précédent.

boucher complètement les arrière-fosses nasales. Une petite



FIG. 54. — Tampon à air, que l'on gonfle une fois introduit dans les fosses nasales.

pince attachée au tube le tient fermé, une fois la seringue retirée.

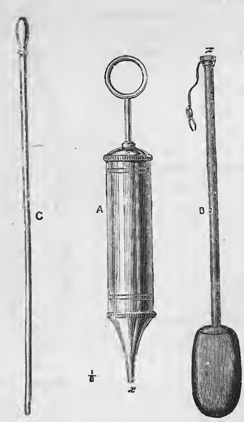


FIG. 55. — Rhinobyon de Saint-Ange, ou tampon rétro-nasal.

A, Seringue pour injecter de l'air ou de l'eau ; — *B*, tube et boule en caoutchouc ; — *C*, sonde pilote pour la boule. Quand celle-ci a été introduite la pointe *x* de la seringue est placée dans l'orifice *z*.

Quant aux tampons intra-nasaux, J.-P. Frank[1] paraît en

[1] *De curandis hominum morbis*. Mannhemii, 1807, lib. V, pars II, p. 144.

être le premier inventeur, car il fut le premier à parler d'un instrument (si on peut lui donner ce nom), destiné à exercer une pression immédiate sur les parois des fosses nasales. Il introduisait dans le nez un morceau desséché d'intestin de porc, l'un des bouts était lié et il injectait de l'eau par le bout ouvert, qui sortait hors des narines, pour le lier ensuite après avoir retiré la seringue. Toutefois, l'instrument le plus propre à remplir le but qu'on se propose a été inventé par le Dr Cooper Rose (fig. 56). Il consiste en une mince poche en caoutchouc unie à un tube muni d'un robinet. On introduit la poche vide dans les fosses nasales, et on la dilate ensuite en soufflant par le tube. On ferme alors le robinet et l'instrument est laissé en place aussi longtemps qu'on le désire.

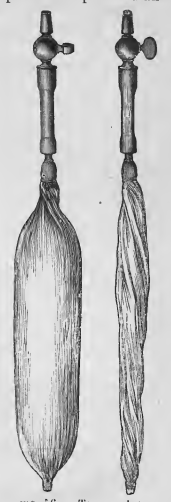


FIG. 56. — Tampon intranasal[1] du Dr Cooper Rose. (d'après Spencer Watson).

A, l'instrument prêt à être introduit dans les fosses nasales; — *B*, le même dilaté par l'air.

INSTRUMENTS DESTINÉS A L'ABLATION DES CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES. — Les instruments de Gross (fig. 57) peuvent être très utiles; ils consistent en petites curettes, pointes en tire-bouchon et crochets.

Pour l'extraction des petits rhinolithes, on a recommandé l'usage de pinces fines (fig. 58), dont les branches ont la forme de ciseaux, et se terminent par une extrémité rugueuse

[1] Cet instrument est fabriqué par MM. Coxeter, Grafton-street East.

et bulbeuse. On les articule après les avoir introduites séparément dans les fosses nasales.



FIG. 57. — Pointes nasales du professeur Gross (d'après Solis-Cohen).

Les instruments (fig. 20 et 33), inclinés sous un angle convenable, me paraissent toutefois préférables, parce qu'ils ne gênent pas le regard de l'opérateur.

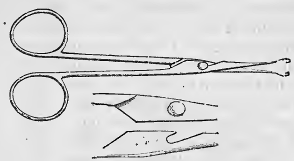


FIG. 58. — Pinces pour l'ablation des corps étrangers des fosses nasales.

INSTRUMENTS DIVERS. — Pour remédier aux difformités du nez, résultant soit d'une déviation de la cloison, congénitale ou consécutive à une fracture, Adams emploie des pinces (fig. 59)

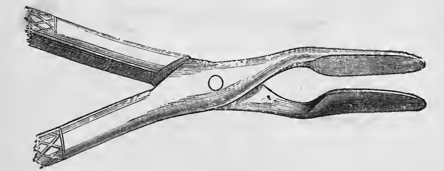


FIG. 59. — Pinces d'Adams pour les déviations de la cloison.

très puissantes à mors lisses et aplatis, qui peuvent être facilement introduites dans les fosses nasales, et saisir fortement

la cloison. Avec cet instrument, il est facile de séparer la portion cartilagineuse de la portion osseuse, et de fracturer cette dernière partie si on le désire. Les fragments sont retenus dans leur nouvelle position au moyen d'attelles en ivoire ou en acier, placées une dans chaque narine, et reliées l'une à l'autre par des fils. Ces attelles toutefois ne peuvent tenir en place sans le secours d'un bandage destiné à comprimer le fragment supérieur. Pour atteindre ce but Adams [1] a imaginé un appareil fort ingénieux.

Jurasz [2], d'Heidelberg, a été amené à améliorer cette méthode, en raison de ce fait que la cloison reprend sa position défectueuse dès qu'on retire la pince et avant qu'on ait pu assujetir les attelles. Aussi a-t-il modifié l'instrument d'Adams, les branches et les tiges de l'instrument sont séparées, bien que vissées l'une à l'autre. On introduit l'instrument, on fracture la cloison, et les tiges sont alors dévissées tandis que les branches réunies l'une à l'autre, à la manière du forceps obstétrical, restent dans les fosses nasales et jouent le rôle d'attelles [3].

Pour le tamponnement des fosses nasales, dans les cas d'ozène, le porte-tampon de Gottstein est des plus utiles. Il se

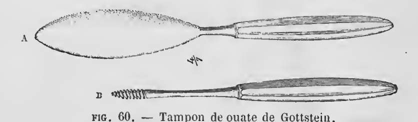


FIG. 60. — Tampon de ouate de Gottstein.

A, vis munie du tampon de ouate; — *B*, vis dépouillée du tampon.

compose d'une vis de 14 millimètres, unie à une tige, supportée par un manche. Autour de la vis, on assujettit un tam-

[1] *Brit. med. Journ.*, 1875, vol. II, p. 421, 422. Adams a considérablement modifié cet instrument depuis qu'il en a publié la première description. On le trouve chez M. Gustave Ernst, Charlotte-street, Fitzroy-square.

[2] *Berlin. Klin. Wochenschrift.* 1882, n° 4.

[3] Le Dr Delstanche (de Bruxelles) a également imaginé une série d'ap-

pon d'ouate. L'instrument est alors introduit dans les fosses nasales, on retire la vis et on laisse le tampon en place.

Éponge-tampon provisoire pour les arrière-fosses nasales. — Chez les enfants et les nourrissons, on ne doit pas faire de pulvérsations sans prendre toutes les précautions afin que les liquides ne passent des arrière-fosses nasales, dans le larynx. Aussi est-il utile de tamponner provisoirement ces ouvertures. On atteint facilement ce but en faisant passer dans la cavité naso-pharyngienne une petite éponge au moyen de l'instrument dont nous donnons plus loin la figure (fig. 62). Il consiste en une courte tige métallique, fixée à un manche

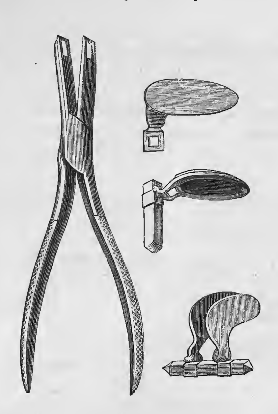


FIG. 61. — Appareils redresseurs de la cloison, du Dr Delstancle.

pareils redresseurs de la cloison, dont nous donnons ci-dessus l'image. (Note des traducteurs.)

en bois et présentant la courbure convenable. Cette tige, recourbée en haut à son extrémité éloignée, se termine par une

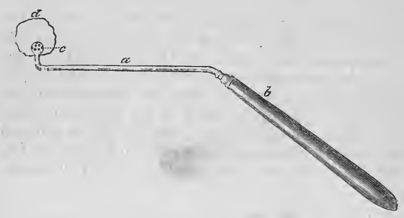


FIG. 62. — Eponge-tampon provisoire de l'auteur, pour les arrière-fosses nasales.

a, tige; — *b*, manche; — *c*, orifices par lesquels on fixe l'éponge; — *d*, éponge.

boule perforée. Un morceau d'éponge est cousu à cette partie de l'instrument.

CATARRHE AIGU DES FOSSES NASALES

(Synonymes : *Coryza, rhume de cerveau*)

Latin Eq. — Gravedo ; catarrhus narium.
Anglais Eq. — Coryza ; cold in the head.
Allemand Eq. — Schnupfen.
Italien Eq. — Corizza.

DÉFINITION. — *Inflammation catarrhale aiguë de la membrane de Schneider, produisant l'éternuement, une obstruction plus ou moins grande des cavités nasales, et une hypersécrétion de liquide séreux ou séro-muqueux.*

Historique. — Jusqu'au dix-septième siècle, les médecins pensèrent que le coryza était produit par un écoulement de liquide séreux des ventricules cérébraux et un « rhume de cerveau » était

considéré comme une « purge » pour cet organe. Cette idée prévalut, jusqu'au jour où Schneider [1] donna une notion plus exacte de l'anatomie des fosses nasales et en particulier, de la fonction de la membrane qui porte son nom. Dans le siècle suivant, plusieurs traités furent publiés sur le catarrhe aigu par Wedel [2], P. Frank [3], Camerarius [4], Stoll [5] et autres; mais sans apporter aucune nouvelle lumière sur le sujet, jusqu'au jour où J.-P. Frank [6] à la fin du siècle dernier, publia une étude complète de la question. Quelques années après, Rayer [7] fit paraître une courte monographie dans laquelle il montrait le danger de cette affection chez les nourrissons. Dans le traité des maladies du nez, publié par Cloquet [8], un chapitre est consacré au coryza, chapitre remarquable au point de vue de l'érudition et des aperçus pratiques qu'il renferme.

En 1837, Billard [9] continua les recherches cliniques de Rayer, au sujet du coryza aigu des enfants. Anglade [10], dans cette même année, discuta assez longuement le sujet, mais sans apporter aucune vue nouvelle, ni sur la nature, ni sur le traitement de la maladie. Depuis lors, les travaux de Bouchut [11], Kussmaul [12], et Kohts [13] ont élucidé la question, surtout en ce qui concerne les enfants. Vauquelin [14] paraît avoir fait les recherches les plus récentes sur le coryza au point de vue chimique, mais Donders [15], le premier a publié une analyse détaillée de la sécrétion. Friedreich [16] a fait quelques expériences sur l'inoculation de la maladie,

[1] *De catarrhis.* Vittenbergæ, 1664.

[2] *Casus laborantis Coryzâ.* Jenæ, 1673.

[3] *Diss. de Coryzâ.* Heidelberg, 1689.

[4] *De Coryzâ*, 1689.

[5] *Ratio Medendi*, t. III, p. 44.

[6] *De curand. homin. morbis.* Mannhemii, 1794, lib. V., p. 102 et suiv.

[7] Sur le Coryza des enfants à la mamelle (Paris, 1820).

[8] *Osphrésiologie.* Paris, 1821.

[9] *Maladies des nouveau-nés.* Paris, 1837, 3e édit., p. 502 et suivantes.

[10] *Sur le coryza simple.* Thèse de Paris, 1837.

[11] *Traité pratique des maladies des nouveau-nés.* Paris, 1867.

[12] *Zeitschrift für rationnelle Medicin.* 186.

[13] *Krankeiten d. Nase, in* « Gerardt's », *Handbuch d. Kinderkrankeiten.* Dritter. Bd. Zweite Hefte. Tubingen, 1878.

[14] Cité par Anglade. *Op. cit.*, p. 16.

[15] *Nederlandsch Lancet.* 1849-50, 2 séries, v. p. 312.

[16] *Virchow's Handb. d. Pathol. und therapia.* Erlangen. 1865, Bd. V. Abtheil I, p. 398.

et nous devons à Ranvier [1] un travail sur l'anatomie pathologique de cette rhinopathie.

Etiologie. — Les causes de l'inflammation catarrhale en général ont été déjà discutées dans d'autres parties de l'ouvrage (vol. Ier, p. 27 et 369) et nous n'avons à ajouter que quelques remarques sur l'étiologie du catarrhe nasal. Comme, dans la plupart des autres maladies, il existe des causes *prédisposantes* et des causes *occasionnelles*. Parmi les premières, la jeunesse est une des principales, les enfants sont plus particulièrement sujets au coryza. L'immunité relative des gens âgés a été reconnue dans tous les temps, depuis Hippocrate. Certaines maladies constitutionnelles, la diathèse strumeuse en particulier, paraissent prédisposer la muqueuse au catarrhe. Dans ces cas-là il existe fréquemment, en même temps, une hypertrophie chronique des amygdales et quelquefois même du catarrhe naso-pharyngien avec obstruction des trompes [2]. La maladie du nez peut être la cause ou le résultat de cet état pathologique, mais dans certains cas tous ces phénomènes dépendent de la diathèse générale. Les rhumatisants et tous ceux chez lesquels la transpiration cutanée se fait mal, sont aussi prédisposés au catarrhe nasal. Alibert [3] soutient que les personnes nerveuses sont spécialement sujettes à cette affection, et il affirme avoir vu des formes extrêmement aiguës de catarrhe nasal, avec une sécrétion fort abondante, survenir chez les femmes après des convulsions. Les asthmatiques sont particulièrement sujets au coryza, et la fièvre des foins (Hay Fever) peut être considérée comme le point d'union de ces deux affections.

Le froid, en certaines circonstances, est très propre à causer la maladie, mais la façon dont il agit est encore inconnue. Les courants d'air froid sur la tête sont une cause banale de coryza, et sous ce rapport les chauves y sont plus particulièrement exposés.

[1] Société de Biologie de Paris. Analyse dans *The Lancet*, 1874, vol. I, p. 687.

[2] *Aphorismes*. Paris, 1844, II. 40. Ed. de Littré, t. IV, p. 483.

[3] *Obs. sur les affections catarrhales en général*. Paris, 1813.

Cloquet [1] pensait que si le coryza survenait souvent chez les gens ayant gardé les pieds froids ou humides, cela tenait à une sympathie spéciale existant entre la muqueuse pituitaire et les pieds, connexion qu'il cherche à établir par un cas isolé.

Il s'agit d'un malade chez lequel le catarrhe nasal accompagnait toujours l'attaque de goutte dans les orteils [2]. Je crois que si le coryza survient si souvent à la suite de froid aux pieds, c'est que ces organes sont plus souvent et plus longtemps exposés au froid et à l'humidité que les autres parties recouvertes du corps.

L'influence de la chaleur sur la production du coryza est moins généralement admise, et l'on ne comprend pas bien son mode d'action. Les effets peuvent se produire dans deux conditions : ou bien la maladie résulte de l'exposition au soleil; ou elle se manifeste chez les gens confinés dans des appartements très chauds. Les symptômes inflammatoires provenant de l'exposition au soleil, peuvent résulter de l'irritation directe produite par les rayons du soleil ou d'une action réflexe, sous la dépendance de l'impression produite sur la rétine. Le coryza occasionné par le séjour dans des appartements surchauffés, s'observe chez des personnes chétives dont la muqueuse est devenue plus sensible par suite d'attaques antérieures.

L'influence des vapeurs irritantes, des particules solides tenues en suspension dans l'air, sur la production de l'inflammation de la muqueuse pituitaire sera étudiée sous le titre de *Rhinite traumatique*, et les effets du pollen de certaines plantes, seront traités dans le chapitre réservé à la fièvre des foins (Hay Fever). A l'occasion de l'action des irritants locaux, nous pouvons faire observer que la sensibilité de la muqueuse nasale s'émousse chez les individus ayant l'habitude de priser et que, chez ces derniers aussi, la prédisposition au coryza est sensiblement diminuée [3].

[1] *Op. cit.*, p. 602.

[2] Voy. Stoll. *Ratio Medendi*, p. 436.

[3] Remplir son nez de tabac était autrefois considéré comme un préservatif contre le coryza. Sir William Temple dit avoir gardé, pendant

Le coryza paraît se manifester quelquefois, sous des influences épidémiques. On a vu plusieurs personnes dans la même maison, les habitants d'un même quartier et d'une même ville, être atteints en même temps. Il est toutefois probable que la prétendue épidémie décrite par Anglade [1], dans laquelle une armée tout entière aurait été subitement affectée de coryza, ne fut autre chose que l'effet de la cause ordinaire de cette affection : le froid. Les troupes françaises, après avoir passé en Andalousie la plus grande partie d'un été très chaud et très sec, furent surprises par une violente tempête pendant une marche longue et fatigante, à la suite de laquelle presque tous les soldats furent pris de coryza [2]. En résumé l'inflammation catarrhale de la muqueuse pituitaire, peut être parfois épidémique, en ce sens qu'un changement subit de température, et l'augmentation de l'humidité de l'air, peuvent produire la maladie chez un grand nombre de personnes.

Bien qu'il existe dans le public cette croyance que le rhume de cerveau peut être « pris » d'une personne qui en est atteinte, il n'est rien moins que prouvé que le coryza soit infectieux et il est très douteux qu'il puisse s'étendre par contagion. Toutefois, le contact [3] immédiat, les baisers en

une heure chaque jour, une feuille de tabac dans chaque narine afin d'arrêter la sécrétion de ses yeux et de son nez. Il attribue à ce moyen la conservation de la vue, et prétend que sa prédisposition au coryza fut en même temps diminuée. (Sigmond. *Lectures on Materia Medica at Windmill-Street.*) *Lancet*, 1836-37, vol. II, p. 157.

[1] *Op. cit.*, p. 16.

[2] Cloquet a rapporté une épidémie de coryza chez les chiens (Stoll. *Ratio Medendi*, t. III, p. 44) et ses observations ont été citées à plusieurs reprises par les écrivains qui ont suivi. Après avoir consulté le texte original de Stoll, il est clair qu'il s'agissait d'une autre maladie : « Tussis laboriosa, spontaneæ vomitiones, putrilago vomitibus refusa, extrema macies, et tandem veluti quarumdem artuum semi-paralysis, et mors. »

[3] La croyance à la nature contagieuse du coryza paraît avoir existé depuis plusieurs siècles. Ainsi plus de deux cent soixante-dix ans auparavant Crato écrivait : « Corizæ habitu etiam contagiosæ. Id. cum vulgus in Germania sciet, non facile ex eodem poculo e quo coryzâ laborans potum hausit, bibit.» (*Johannes Crato in Epist. philos. Med. Hanoviæ.* MDCX, ép. CVI, p 188.

particulier, sont considérés par un grand nombre comme un mode fréquent de transmission de cette maladie.

B. Frankel [1] affirme même avoir observé plusieurs cas, qui paraissent dus à cette cause. Mais le seul essai d'inoculation directe que je connaisse, est celui de Friedreich [2], qui essaya de s'inoculer la maladie, en appliquant sur sa muqueuse la sécrétion prise sur différentes personnes à diverses étapes du coryza. Les résultats de cette expérimentation furent entièrement négatifs.

La suppression d'une sécrétion habituelle s'accompagne quelquefois de coryza. Cloquet [3] affirme que cette affection peut suivre la guérison d'une ophtalmie chronique, l'arrêt du flux hémorroïdal, la cessation des menstrues et même la disparition d'une éruption. J'ai moi-même souvent remarqué une augmentation de la prédisposition au catarrhe nasal chez les femmes délicates, pendant et immédiatement après l'époque cataméniale, mais je suis porté à croire que l'apparition du coryza, dans ces circonstances, dépend de la dépression momentanée des forces vitales, qui affecte à ce moment l'organisme tout entier. Quelquefois aussi, j'ai vu le coryza accompagner la guérison d'une otite chronique.

La rhinite catarrhale est souvent une complication des fièvres éruptives, en particulier de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, du typhus ; elle accompagne aussi l'érysipèle de la face, et il constitue un des principaux et des plus remarquables symptômes de la grippe [4].

[1] *Ziemssen's cyclopedia*, vol. IV, p. 117.

[2] *Loc. cit.*

[3] *Op. cit.*, p. 602.

[4] Le coryza existe parfois au début de la diphthérie nasale; mais ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer (t. I, p. 196) les fausses membranes se forment toujours dans le pharynx d'abord et se propagent ensuite aux fosses nasales. — Cependant certains auteurs prétendent avoir observé plusieurs malades chez lesquels il n'existait des fausses membranes que dans les arrière-fosses nasales, et ce n'est que par l'examen rhinoscopique postérieur qu'ils ont pu faire établir le diagnostic de l'hystérie. Toutefois, nous pensons que ce sont là des faits bien exceptionnels. (Note des traducteurs.)

Il est probable que la congestion de la muqueuse dans la rougeole n'est autre chose que l'éruption elle-même, tandis que chez les scarlatineux, le coryza paraît être ordinairement causé par l'extension aux fosses nasales, de l'inflammation de la gorge.

Dans le typhus exanthématique, la membrane pituitaire participe simplement au catarrhe général, qui frappe dans ces cas toutes les muqueuses.

Le catarrhe nasal est un symptôme d'iodisme bien connu des praticiens[1].

Symptômes. — Le rhume de cerveau est une maladie si commune, qu'une courte description des symptômes qui le caractérisent sera très suffisante. Comme dans toutes les maladies inflammatoires, les premiers phénomènes que l'on observe sont ceux de pyréxie : la lassitude, l'abattement et parfois, mais rarement, un léger frisson. Le premier symptôme toutefois, par lequel se manifeste distinctement la nature de l'affection est une sensation de plénitude et quelquefois de battement et de douleur à la région frontale ; à ce symptôme succèdent bientôt des crises plus ou moins violentes d'éternûment. Puis les narines sont oblitérées par le gonflement de la muqueuse, et quelques heures après apparaît l'hypersécrétion caractéristique de la maladie. Les phénomènes locaux relevant du flux de la membrane muqueuse présentent quatre périodes différentes. La muqueuse des fosses nasales est d'abord légèrement gonflée, il se produit alors une abondante sécrétion de liquide irritant et *aqueux* ; plus tard, la sécrétion devient

[1] Conformément à la théorie des germes, si en vogue de nos jours, on a pensé que le catarrhe nasal pouvait être produit par un germe spécifique. Salisbury [(Haller's Zeitschrift, Iena, January, 1873, p. 7) a décrit et figuré ce germe sous le nom de *Asthmatos cilsaris*. Il a été vu aussi par Ephaïm Cutter et P. F. Reinsch (*Virginia med. Monthly*, novembre 1878) et une fois par Daykin, élève de Salisbury, qui remarque qu'il a passé « un temps fort agréable à regarder cet animal » (voir Comes : *Pharyngeal catarrh*, Louisville, 1880, p. 134). Malgré cette confirmation, les micro-organismes sont si communs même dans les sécrétions normales que d'autres observations sont nécessaires avant qu'on puisse accepter cette idée.

épaisse, muco-purulente et perd son caractère irritant, finalement la sécrétion redevient claire sans recouvrer pour cela ses propriétés irritantes, pour cesser enfin complètement. Ces diverses périodes de la maladie ont une durée plus ou moins longue; certains catarrhes disparaissent après trois ou quatre jours, tandis qu'il en est qui durent plusieurs semaines[1]. La durée de la maladie dépend surtout de celle des troisième et quatrième périodes, car la sécheresse de la muqueuse persiste rarement plus de quelques heures, et la sécrétion inflammatoire abondante disparaît d'ordinaire après un ou deux jours.

Le liquide aqueux de la première période est franchement alcalin, ses qualités irritantes déterminent fréquemment des excoriations de la peau, qui revêt le bord des narines. On observe, en même temps que ces symptômes, une abolition plus ou moins complète du sens de l'odorat. Quand les fosses nasales antérieures sont complètement obstruées, la voix est nasonnée pour tous les tons; si l'obstruction est limitée aux arrière-fosses nasales, le caractère général de la voix est normal, mais l'articulation est défectueuse, les malades prononcent *m* comme *b* et *n* comme *d*. Il est évident que si les fosses nasales tout entières sont oblitérées, on observera à la fois ce caractère général et particulier de la voix. Löwenberg[2] a donné à propos des tumeurs rétro-nasales, l'explication de ces particularités; et Seiler[3] a montré que le ton particulier que donne à la voix l'obstruction des fosses nasales antérieures est le résultat de ce fait que les fosses nasales ne peuvent plus alors remplir le rôle de caisse de résonnance, tandis que l'obstruction de la cavité rétro-nasale empêche tout simplement le libre passage de l'air, qui est nécessaire à l'articulation des lettres *m* et *n*.

Toutefois, l'accès de catarrhe aigu des fosses nasales, que

[1] Il est même des cas où tout s'arrête après la première période, avant même que la sécrétion s'établisse, l'affection se bornant alors à un simple enchifrènement dû à une congestion passagère de la muqueuse nasale. (Note des traducteurs.)

[2] *Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal*. Paris, 1879, p. 26.

[3] *Archives of laryngology*. Janvier 1882, vol. III, nº 1, p. 24

nous venons de décrire en détail, est souvent arrêté ou modifié dans son cours, et chacun des symptômes, l'hypersécrétion excepté, peut manquer entièrement.

Lorsque les cavités osseuses en communication avec les fosses nasales sont atteintes par le processus catarrhal, les symptômes sont d'ordinaire plus violents. Si l'antre d'Hygmore est atteint, le patient éprouvera de violentes douleurs à la face, tandis que l'extension de l'inflammation aux sinus frontaux amène une vive douleur frontale. Si les cellules ethmoïdales et sphénoïdales sont prises, la céphalalgie augmente d'intensité. Les bourdonnements d'oreille et la surdité indiquent une obstruction momentanée de la trompe d'Eustache et l'épiphora l'obstruction du canal nasal. Une légère mais douloureuse érosion de la muqueuse, qui avoisine le bord des narines et l'herpes labialis sont des phénomènes qui accompagnent souvent le coryza. Chez les nourrissons toutefois cette maladie produit parfois des symptômes si graves que nous avons cru devoir en faire une description à part.

Diagnostic. — Un catarrhe nasal ordinaire peut à peine être confondu avec une autre maladie, mais on doit se souvenir qu'il est souvent un symptôme prémonitoire de fièvres éruptives. C'est ainsi que s'il est accompagné de conjonctivite, on pourra, avec vraisemblance, penser au développement de la rougeole. Bien plus rarement encore, le catarrhe nasal peut simuler une maladie des os. Ainsi, Peter [1] rapporte un cas, dans lequel le malade ressentait au front de si vives douleurs que l'on crut un moment à une « carie aiguë » du frontal. Un cataplasme appliqué sur la racine du nez détermina une abondante sécrétion, qui délivra presque instantanément le malade de sa douleur et démontra que l'on avait affaire à un coryza.

Pronostic. — Dans l'immense majorité des cas, les malades guérissent complètement, et c'est chez les vieillards seulement et chez de très jeunes enfants que le coryza présente quelques

[1] Cité dans l'article « Coryza » du Dict. encyclop. des sciences méd. Paris, 1878, t. XXI, p. 3.

dangers. D'autres fois, il peut aboutir à un catarrhe chronique avec épaississement de la muqueuse, ou devenir le point de départ de polypes du nez.

Anatomie pathologique. — La maladie consiste essentiellement en une congestion active de la membrane pituitaire, congestion accompagnée d'une abondante exsudation séreuse. Cornil et Ranvier[1] ont constaté que dès le début, le liquide renferme des corpuscules lymphatiques, et des cellules épithéliales en nombre de plus en plus considérable à mesure que l'état catarrhal se prononce, rendant ainsi l'exsudat d'abord floconneux et plus tard opaque.

La muqueuse est rouge et gonflée, et souvent il est facile d'apercevoir à sa surface de petits vaisseaux nombreux, sinueux, tandis qu'on voit çà et là des taches brun sombre, causées probablement par des ecchymoses sous-muqueuses. De même, il peut exister une érosion, ou une légère ulcération de la muqueuse.

Traitement. — Bien que, dans ces derniers temps, l'on ait fait un reproche constant aux médecins d'être incapables de guérir « même un simple rhume de cerveau », le blâme en réalité doit revenir bien plus au malade qu'au praticien. Dans la plupart des cas en effet les personnes souffrant d'un rhume de cerveau en éprouvent une gêne si peu sensible qu'ils ne veulent pas se soumettre à la contrainte et au régime nécessaire pour assurer une guérison rapide. L'affection peut être traitée par les *stimulants,* les *dérivatifs*, ou quelques-uns des nombreux remèdes dont l'action est trop obscure pour permettre une classification. De tous les stimulants l'opium est le plus digne de confiance. Les anciens médecins connaissaient sa valeur et l'administraient sous la forme de poudre de Dower, au moment de se coucher, mais ses effets sont plus sensibles, si on le donne pendant le jour à petites doses. Je préfère le laudanum à toute autre préparation, et cinq à sept gouttes prises au commencement d'une attaque suffiront souvent à la

[1] *Manuel d'histologie pathologique.* Paris, 1869, p. 653, 654.

guérir. Le remède agit plus promptement et plus sûrement, pris à jeun ; si une seule dose ne suffit pas, on la répète à six ou huit heures d'intervalle. Si, à la fin du second jour, le catarrhe persiste encore il est inutile de chercher à le faire avorter. On peut encore, administrer l'opium sous forme de prises contenant de la morphine et du bismuth, ainsi que Ferrier[1] l'a recommandé le premier (voir à l'Appendice). Le patient doit priser cette poudre dès que les symptômes du coryza commencent à se montrer, et il doit en prendre assez fréquemment pour que l'intérieur des narines en soit constamment tapissé. Chaque fois qu'on se mouche il est nécessaire de priser à nouveau. On peut administrer la poudre dans les fosses nasales par insufflations, à l'aide de l'auto-insufflateur de Bryant.

Le public a tenu longtemps le camphre en grande estime comme un « remède certain » pour guérir le catarrhe à ses débuts, et bon nombre de personnes croient que dix gouttes d'esprit de camphre prises sur un morceau de sucre suffisent pour faire avorter le coryza.

Au lieu d'user de remèdes qui arrêtent la sécrétion en agissant sur le système nerveux, on peut prescrire des stimulants locaux sous forme d'inhalations. En Allemagne, on use beaucoup, dans la pharmacopée domestique, d'une préparation connue sous le nom de « Remède anti-catarrhal[2] », d'Hager-Brand, et composé d'ammoniaque liquide et d'acide phénique (voyez l'Appendice). On doit verser dans un cornet de papier buvard quelques gouttes de ce remède et en respirer la vapeur jusqu'à complète évaporation, et cela toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce qu'il se produise une amélioration ou que l'inefficacité du remède soit démontrée. L' « Alcaram », remède si répandu en Angleterre par la réclame, paraît être composé des mêmes substances. J'ai souvent obtenu de fort bons résultats des inhalations d'ammoniaque pur, sans addition d'acide phénique. Ces inhalations ne doivent être employées qu'au

[1] *Lancet*, 8 avril, 1879.

[2] *Wien. med. Wochenscrift*, 5 juin 1872.

moment où l'on éprouve une envie d'éternuer ; en d'autres moments, elles augmentent souvent le catarrhe et provoquent une crise d'éternuement. Chez quelques personnes, les inhalations de vapeurs d'iode ont une action très favorable, et arrêtent en quelques heures l'éclosion du catarrhe. « Les inhalations de chloroforme administré jusqu'à anesthésie, le malade étant préalablement couché, réussissent, dit Solis Cohen[1], à faire avorter un rhume de cerveau, en raison de son action sur les tissus, qui sont alors dans un état de tension exagérée. » Je ne veux pas révoquer en doute l'efficacité de cette méthode, je crois cependant qu'il serait dangereux de l'adopter et qu'on ne doit l'employer que dans des circonstances exceptionnelles.

On peut faire usage du traitement dérivatif sous forme de diaphorétiques, de diurétiques ou de purgatifs. La poudre de James, dont la poudre antimoniale de la pharmacopée anglaise n'est qu'une imitation, était autrefois, un remède populaire en Angleterre. Si l'on veut en user, on doit l'administrer à la dose de 10 centigrammes, toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que la diaphorèse soit établie. Une mixture, composée de 30 centigrammes de nitrate de potasse, 1 gramme d'esprit d'éther nitré, et 7 gr. 50 d'acétate d'ammoniaque liquide à prendre en une fois, constitue un remède très à la mode. Si l'on administre ces médicaments, on devra recommander en même temps au patient de prendre un bain de pieds très chaud.

Il est à peine besoin d'ajouter que si l'on adopte cette forme de traitement, le malade devra rester chez lui, et même garder le lit. Il prendra une nourriture légère, évitera les stimulants alcooliques, et se contentera de prendre, au moment de se coucher, un verre de grog très chaud. On peut déterminer la diaphorèse d'une façon plus énergique au moyen des bains turcs et cette méthode a l'avantage de ne pas distraire le malade de ses occupations habituelles. Feu Addington Symonds, de Clifton, bien connu comme médecin habile et expérimenté, recommande[2] vivement les pilules suivantes comme

[1] *Diseases of the throat and nasal passages.* New-York, 1879, 2e éd., p. 336.

[2] *Ranking's abstracts.* 1868, vol. I, p. 55.

un moyen d'empêcher le catarrhe nasal de dégénérer en bronchite :

Ext. de jusquiame. Poudre de ciguë. .	ââ 0,20 cent.
Calomel......... Poudre d'ipéca....	ââ 0,05 —

M. ft. deux pilules à prendre le soir.

Le lendemain matin, le malade prenait une solution de tartrate de soude et de séné et restait couché la moitié de la journée.

Contre le coryza, on a aussi recommandé de l'aconit à petites doses. J'ai fréquemment usé de ce remède dans les cas où le coryza s'accompagnait d'une élévation de température, je n'ai jamais eu lieu d'en être satisfait et je ne lui ai jamais vu produire un effet appréciable ni couper court à une attaque.

En terminant, je dois ajouter qu'une abstinence complète de liquide, ainsi que l'a fait remarquer Richard Lower [1], et plus récemment encore C.-J.-B. Williams [2], arrête généralement le catarrhe. Le coryza commence à diminuer au bout de douze heures, la guérison est ordinairement complète en deux jours. Williams permet, mais sans le recommander, une cuillerée à bouche de lait ou de thé deux fois par jour, et un verre d'eau au moment du coucher. Ce système pourra donner de bons résultats tout à fait au début du catarrhe [3].

---

[1] *Dissert. de origine catarrhi.* Ed. Quinta, Lugduni Batavorum, 1708, cap. VI, p. 258.

[2] *Cyclopædia of. pract. Med.* London, 1883, vol. I, p. 484.

[3] Dans le but d'arrêter la sécrétion de la muqueuse quelques auteurs ont également préconisé l'emploi de l'atropine, à la dose de 1/2 ou 1 milligramme par jour.

Enfin dans ces derniers temps, on a employé les badigeonnages de la muqueuse enflammée avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10 ou 1/15, l'action immédiate de ce topique étant de diminuer notablement le gonflement de la muqueuse et par conséquent l'enchifrènement qui en est la conséquence. Pour ma part (Moure), je me sers de

CORYZA AIGU INFANTILE

C est un fait bien connu de tous, que les fosses nasales chez les nouveau-nés, sont relativement moins développées que les autres organes, mais c'est seulement depuis peu que les particularités anatomiques des fosses nasales ont été clairement décrites. A Kohts et Lorent[1] revient le mérite d'avoir montré que chez les jeunes sujets, les méats sont excessivement étroits; le bord libre du cornet inférieur est relativement plus long que chez l'adulte, et présente une courbe beaucoup plus arrondie, de sorte qu'il existe à peine un faible espace pour le passage de l'air. L'exiguïté relative des passages est toutefois plus marquée pour le méat moyen, dont la direction est tout à fait horizontale et l'orifice antérieur consiste en une ouverture arrondie excessivement petite. Pendant l'adolescence, cette dernière s'accroît vers sa partie antérieure et supérieure, et il en résulte une espèce de courbe qui augmente beaucoup sa grandeur. De plus, il ressort des observations de Kussmaul[2] que la bouche des enfants nouveau-nés reste presque constamment fermée pendant le sommeil, que la langue est en contact avec la voûte palatine et qu'ainsi, même dans les cas fort rares où les lèvres sont entr'ouvertes, l'air ne passe pas par la bouche. Si l'on a présentes à l'esprit les particularités

la poudre suivante dont j'ai retiré bien souvent de très bons résultats :

Poudre avec :

Chlorhydrate de cocaïne. . .	0,25 centigr.
Chlorhydrate de morphine. .	0,02 —
Camphre pulvérisé	0,50 —
Sous-nitrate de bismuth de.	12 à 15 grammes.

Pour priser de temps à autre dans la journée. On obtient ainsi une diminution de la congestion qui est en résumé le symptôme le plus désagréable pour le malade. (Note des traducteurs.)

[1] *Handb. d. Kinderkrankheiten*, von prof. Gerhardt., 1878. *Dritter Band, Zweite Hefte*, p. 4 et suiv.

[2] *Zeits hrift f. rationnelle Medicin.* 1865, p. 225.

anatomiques des fosses nasales chez les enfants, il sera facile de comprendre que même un léger gonflement de la muqueuse pituitaire puisse déterminer facilement chez eux une gêne respiratoire considérable, circonstance que J.-P. Frank[1] fut le premier à reconnaître. A peine l'enfant souffrant d'un coryza intense est-il endormi, qu'il est sujet à éprouver de violents paroxysmes de dyspnée, et les efforts qu'il fait pour respirer, dans ce cas, peuvent occasionner un engorgement pulmonaire considérable.

La gêne respiratoire, d'après Bouchut[2], est grandement accrue par la chute de la langue, qui ferme l'orifice supérieur du larynx, comme il arrive quelquefois sous l'influence d'un anesthésique. Fréquemment, ces attaques ressemblent à la laryngite striduleuse, et peuvent être confondues avec elle. Mais il existe un autre danger : l'inanition, car l'enfant ne peut prendre le sein sans risquer de suffoquer, en raison de l'obstruction de ses fosses nasales. Bien que ces petits êtres soient exposés à tous ces dangers, il faut cependant avouer qu'il est très rare de les observer dans la pratique.

La plupart des remèdes recommandés chez les adultes peuvent être employés à doses réduites pour les enfants, à l'exception des opiacés. Un petit tube placé dans les fosses nasales de l'enfant lui permettra parfois de téter librement, mais cette méthode peut ne pas réussir ; on doit alors retirer l'enfant du sein et le nourrir avec le lait de la mère qu'on lu donne par cuillerée. Comme ressource extrême on peut se servir d'une sonde œsophagienne courte[3].

[1] *De curandis hominum morbis*. Mannhemii, 1794, lib. V, pars I, p. 107.

[2] Cité par Frankel « *Ziemssen's cyclopædia* », vol. IV, p. 106. Sur cet intéressant sujet consulter aussi Henoch (*Beitrage Z. Kinderheilk.* Berlin, 1868, p. 124) et Hauner (« *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1862, vol. V, p. 73).

[3] Aujourd'hui, l'on peut aussi, au moment de mettre l'enfant au sein, instiller dans ses fosses nasales quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/15 ou lui faire des insufflations de cette substance pulvérisée mélangée à une poudre inerte, telle que le talc ou le sucre. (Note des traducteurs.)

CATARRHE PURULENT DES FOSSES NASALES

L'inflammation purulente de la muqueuse des fosses nasales peut dans des cas fort rares être simplement la suite de l'aggravation d'un catarrhe aigu ordinaire. Elle survient aussi à la suite d'un traumatisme, ou résulte du séjour prolongé de corps étrangers dans la cavité nasale; mais, dans cet article nous traiterons en peu de mots d'une affection aiguë dont le caractère distinctif est la formation du pus, dès le début de la maladie.

On peut observer le catarrhe purulent des fosses nasales chez le nouveau-né, chez l'enfant et chez l'adulte. Dans le premier cas il résulte d'ordinaire de l'infection des fosses nasales par l'écoulement leucorrhéique, qui accompagne souvent les derniers mois de la grossesse, ou dans des cas assez rares de la blennorrhagie dont la mère peut être atteinte au moment de la parturition. Il est fort douteux toutefois que de tels catarrhes soient le résultat de l'infection maternelle. L'exposition subite de la muqueuse fort délicate, à l'influence irritante de l'atmosphère, l'entrée dans les fosses nasales de l'eau de savon, à la suite de lotions faites sans attention, sont des causes qui suffisent parfaitement pour expliquer l'apparition du mal. Je dois ajouter que l'influence des écoulements vaginaux sur les yeux et le nez des enfants au moment de la naissance doit être encore recherchés sur une large échelle. La question sera tranchée, le jour où une statistique suffisante aura démontré que les enfants de femmes présentant ces écoulements sont souvent atteints d'ophtalmie ou de rhinite purulente, tandis que ceux nés de mères, exemptes de telles affections n'en présentent jamais les symptômes. Pour le moment l'opinion la plus accréditée, est celle de la contagion au moment de la naissance, mais elle n'en demeure pas moins basée sur une vue *a priori* plutôt que sur l'évidence des faits. Hermann Weber[1], toutefois, rapporte un cas dans lequel il s'a-

[1] *Med. Chir. Trans.* 1860, vol. XLIII, p. 177.

git probablement de contagion directe. La mère avait souffert pendant les derniers temps de la gestation, d'un écoulement vaginal jaunâtre, et l'enfant *qui n'avait été lavé que trois heures après la naissance*, fut atteint d'une inflammation purulente de l'œil gauche et des fosses nasales ; la muqueuse nasale était gonflée et remplie de pus concret. Le caractère de l'écoulement nasal était variable, quelquefois aqueux, d'autres fois épais et jaune, parfois enfin strié de sang.

On rapporte quelques cas fort rares de catarrhe purulent des fosses nasales, dus, chez les adultes, à l'infection blennorrhagique. Les seuls que j'ai pu trouver dans la littérature médicale sont les suivants : Boerhaave[1] rapporte qu'un malade, après avoir fait sortir de son urètre, par la pression, quelques gouttes de pus pour les faire voir au médecin, porta aussitôt après le doigt à son nez. Il en résultat une rhinite très intense, accompagnée d'une large ulcération. Edwards rapporte un autre cas[2], dans lequel une femme assez âgée vint le consulter pour une inflammation des fosses nasales, accompagnée d'un écoulement purulent qui avait amené une ulcération de la lèvre supérieure. La malade souffrait beaucoup et était si amaigrie et si pâle qu'on avait cru avoir affaire à une ulcération maligne des fosses nasales. Toutefois, Edwards, cherchant à se renseigner sur l'histoire de la maladie, acquit la certitude que, six mois auparavant, cette femme avait fait usage d'un mouchoir qui avait servi de suspensoir à son fils, lequel à cette époque était affligé d'une blennorrhagie. Cinq jours après, était survenue une violente inflammation. Il lui donna du fer et de la quinine à l'intérieur, et prescrivit dans les fosses nasales, des lavages d'eau tiède qu'il faisait suivre de lotions légèrement astringentes. Edwards, commentant ce cas, dit avoir connu plusieurs individus atteints de blennorrhagie qui s'étaient eux-mêmes infecté les narines en touchant sans attention la muqueuse avec leur doigt, mais que c'est le premier cas qu'il ait observé dans lequel

[1] *Tractatio med. pract. de lue venereâ.* Lugd. Batavorum, 1751, p. 41.
[2] *Lancet.* 4 avril 1857.

l'infection provenait d'un autre individu[1]. Sigmund[2] rapporte un exemple dégoûtant d'infection directe de la muqueuse nasale : il s'agit d'un individu qui fut atteint de rhinite purulente après avoir introduit son nez entre les grandes lèvres d'une prostituée, ayant la chaude-pisse.

Symptômes. — La rhinite purulente s'annonce d'ordinaire par des symptômes généraux, tels qu'un frisson, et les symptômes fébriles ordinaires. Dans le cas d'Edwards, que nous venons de citer, il étaient très intenses.

L'écoulement produit le plus souvent des excoriations et des ulcérations, qui siègent surtout aux bords des narines et à la lèvre supérieure. Les symptômes inflammatoires peuvent se propager aux yeux, si toutefois la conjonctive n'a pas été infectée en même temps. Chez les enfants, les fosses nasales peuvent être oblitérées par le pus concrété, de sorte que la respiration nasale devient impossible, et l'on peut voir survenir alors les désordres que nous avons décrits dans l'article précédent.

Traitement. — Le traitement consiste à nettoyer les parties avec des pulvérisations ou des irrigations tièdes alcalines, après quoi on pratique dans le nez des injections (voir l'Appendice) légèrement astringentes, telles que alun 0,30 centig., eau 30 gr. ; sulfate de zinc 0,10 cent., eau 30 gr. ; sulfate de cuivre 0,10 cent., eau 30 gr. ; ou bien nitrate d'argent 0,05 cent., eau 30 gr. Chez les enfants, les injections provoquent de violents accès de toux, et quelques gouttes tombent dans le larynx. Dans ces cas-là, on pourra se servir utilement de « l'éponge tampon temporaire » pendant qu'on fait l'irrigation ou l'injection. Si l'enfant éprouve des difficultés à prendre le sein,

[1] Chélius (*System. of surgery. Engl. transl.* London, 1847, vol. I, p. 177), mentionne la rhinite purulente comme accompagnant parfois la blennorrhagie et son traducteur South (ibid., note du paragraphe 168) cite deux exemples de cette complication publiés par Benjamin Bell.

[2] *Wien. med. Wochenscrift.* 1852, p. 572.

on se conduira de la façon recommandée plus haut à l'article « coryza aigu des enfants » [1].

RHINITE TRAUMATIQUE

Etiologie. — Les vapeurs irritantes, et les particules solides en suspension dans l'atmosphère amènent fréquemment le catarrhe nasal, et il est hors de doute que certains coryzas inexplicables sont dus à cette cause. On comprend sans peine, en effet, que des vapeurs de chlore, d'ammoniaque et d'iode, puissent facilement déterminer une inflammation de la muqueuse nasale. L'influence des poussières irritantes s'observe chez les meuniers, les tourneurs d'ivoire, les scieurs de long, les fabricants de brosse et en général chez tous les individus qui exercent des professions de ce genre. Il est à remarquer, toutefois, que la muqueuse des fosses nasales ne paraît pas aussi sensible que le pharynx à l'action des vapeurs chaudes ou de la fumée (voyez t. Ier, p. 142).

En dehors des causes ordinaires d'irritation, il est certaines substances qui, lorsqu'elles sont en suspension dans l'atmosphère, déterminent une irritation particulière de la muqueuse des fosses nasales. Nous devons, parmi ces dernières, mentionner d'une façon particulière le bichromate de potasse, l'arsenic et le mercure, tandis que l'acide osmique, ainsi que l'a constaté Seiler [2], est un irritant si énergique, qu'il amène le coryza en deux ou trois heures. Bécourt et Chevallier [3] ont, les premiers, attiré l'attention sur l'influence du bichromate de potasse. Ils ont décrit le phénomène que présentent les individus exposés aux vapeurs qui s'échappent des chaudières dans

[1] S'il se produit des érosions de la lèvre supérieure on enduira l'orifice des narines de corps gras. Comme traitement local l'on pourra aussi employer, avec avantage, des solutions antiseptiques et l'acide phénique, la résorcine, le salycilate de soude, etc., etc., trouveront ici leur place. (Note des traducteurs.)

[2] *Diseases of the throat.* Philadelphie, 1883, 2e édit., p. 204.

[3] *Annales d'hygiène*, juillet 1643, t. XX, p. 83

lesquelles se fabrique cette substance. Plus tard, Delpech et Hillairet ont repris la question et fait de nouvelles recherches sur des symptômes analogues, qui se produisent chez les personnes exposées aux poussières du chromate jaune de potasse, bien qu'ils surviennent moins rapidement et avec une intensité moindre que chez les individus exposés aux vapeurs de bichromate.

Les premiers symptômes produits par le bichromate sont une sensation de chatouillement des fosses nasales, des éternuement violents et une sécrétion abondante, aqueuse au début, mais qui devient rapidement épaisse et grisâtre. A la dernière période, la sécrétion renferme des croûtes et souvent des lambeaux de muqueuse gangrénée, mais elle n'amène jamais d'excoriation. Les épistaxis ne sont pas rares, et à la période terminale, des morceaux de cartilage peuvent être expulsés. La perforation de la cloison siège toujours à un centimètre et demi ou au plus à deux centimètres au-dessus du bord inférieur. Au début l'orifice est arrondi et fort petit, mais il ne tarde pas à s'accroître et à prendre une forme ovale. Il peut ainsi s'étendre, jusqu'à l'union du cartilage, au vomer et à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Les portions inférieures et antérieures de la cloison restent toujours intactes, la charpente du nez ne s'affaisse jamais. Il se produit parfois des ulcérations sur les cornets, mais elles ne sont jamais aussi graves que celles de la cloison. — Casabianca[1] fait observer avec raison que, si la cloison est spécialement atteinte, cela tient à ce que la colonne d'air inspiré, en entrant dans les fosses nasales, frappe d'abord cette partie ; comme la muqueuse qui la recouvre est moins riche en éléments glandulaires que celle qui revêt la paroi externe, elle est moins bien protégée par les sécrétions. La rapidité avec laquelle les perforations se produisent est due au peu d'épaisseur de la muqueuse qui se laisse facilement détruire par l'ulcération, jointe à ce fait que le cartilage sous-jacent, reçoit les vaisseaux

[1] *Des affections de la cloison des fosses nasales.* Paris, 1876, p. 42.

de cette même muqueuse et doit nécessairement perdre sa vitalité quand cette dernière est détruite.

Les priseurs paraissent être exempts de cette rhinopathie, qui confère, à ceux qui en ont été atteints, une immunité contre le coryza ordinaire.

Delpech et Hillairet [1] ont rapporté quatre cas analogues, dans lesquels la perforation de la cloison survint chez des individus exposés aux poussières arsenicales, en particulier chez ceux qui travaillaient l'arseniate de cuivre. On a fait la même remarque pour les ouvriers qui fabriquent les fleurs artificielles et le papier à tapisser. Les ulcérations de la muqueuse nasale ont été encore observées [2] chez les ouvriers qui manipulent le bichlorure de mercure pour teindre les plumes ou argenter les miroirs.

Les effets toxiques de ces agents sont, dans ces cas-là, purement locaux et ne résultent pas de l'absorption.

Traitement. — Toutes les personnes que leur profession expose à respirer des substances, ayant sur la muqueuse nasale une action nuisible, doivent constamment tenir, dans leurs narines, des tampons d'ouate. Bien qu'il soit difficile, lorsque la perforation a commencé à se produire, d'empêcher la formation d'une ouverture assez grande dans la cloison, l'action morbide est cependant limitée à un petit espace qu'elle ne franchit jamais. L'usage de simples pulvérisations suffit bientôt à réparer la muqueuse qui entoure la perforation, et à lui rendre ses propriétés normales [3].

[1] *Loc. cit.*

[2] Casabianca : *Op. cit.*

[3] Comme traitement prophylactique, on pourrait recommander aux ouvriers que leurs travaux exposent aux causes déterminantes du mal, soit de priser quelques poudres astringentes (alun ou tanin et talc), soit de se faire matin et soir, dans les fosses nasales une irrigation alcaline. L'emploi de tampons de ouate sèche placés à l'orifice des narines, serait une précaution utile. (Note des traducteurs.)

FIÈVRE DES FOINS

(Synonyme : Catarrhe d'été[1])

Latin Eq. — Catarrhus æstivus.
Anglais Eq. — Hay fever, Hay Asthma, Rose Catarrh, Summer Catarrh.
Allemand Eq. — Frühsommer-Catarrh, Heu-Asthma.
Italien Eq. — Asma dei mietitori.

Définition. — *Affection particulière de la muqueuse des fosses nasales, des yeux et des voies aériennes, donnant naissance au catarrhe et à l'asthme et produite à peu près exclusivement, par l'action du pollen des graminées, ne survenant par conséquent que lorsque ces dernières sont en fleurs.*

Historique. — Le premier travail un peu détaillé sur la fièvre de foin est dû à Bostoc[2], qui décrivit, en 1819, une « affection périodique des yeux et de la poitrine », dont il avait souffert lui-même. En 1828, le même auteur[3] publia plusieurs observations inédites de cette maladie, sous le nom de (summer catarrh) « catarrhe d'été ». En 1829, Gordon[4] fit paraître un petit travail sur l'asthme des foins (hay asthma), et en 1831, Elliotson[5] donna de cette maladie une courte description. Quelques années plus tard, le même médecin[6] discutait le sujet, d'une façon plus complète et avec beaucoup de sagacité, émettait l'avis que le pollen devait être considéré comme la cause probable de l'affection.

Des recherches systématiques sur tout ce qui a trait à cette affection furent entreprises en 1862 par Phoebus[7], de Giessen,

[1] Avec le Dr John Mackensie (de Baltimore), nous préférons la dénomination de *coryza aigu périodique* qui ne préjuge en rien de la nature de l'affection et indique nettement la manière dont elle se produit habituellement. (Note des traducteurs.)

[2] *Med. Chir. Trans.* London, 1819, vol. X, pl. I, p. 161 et suivantes.

[3] *Ibid.*, vol. XIV, pl. II, p. 437 et suivantes.

[4] *London med. Gaz.* 1829, vol. IV, p. 266.

[5] *Ibid.* 1831, vol. VIII, p. 411 et suivantes.

[6] *Lectures on the theory and practice of medicine.* London, 1839, p. 516, 527.

[7] *Der typische Frühsommer-Katarrh.* Giessen, 1862.

dont les observations personnelles étaient toutefois limitées à un seul cas. A l'encontre de la plupart des auteurs qui avaient écrit sur cette maladie, il n'en avait pas été lui-même atteint. Sa méthode à lui, consistait à envoyer des circulaires invitant les médecins du monde entier, à répondre à une série de questions posées, de manière à lui donner le plus de renseignements possible sur les causes, les symptômes et les progrès de la maladie; l'époque où elle était la plus fréquente, la distribution géographique et ethnographique, la prophylaxie et le traitement. Il recueillit ainsi un nombre considérable d'observations, qui lui servirent à édifier une théorie complète sur cette inflammation spéciale de la muqueuse pituitaire. Dans les dix années qui suivirent, diverses monographies sur la fièvre des foins furent publiées par Abbott Smith [1], Pirrie [2] et Moore [3], traitant la question à divers points de vue, mais tous ces auteurs furent plus ou moins portés à rattacher le développement du mal aux émanations des plantes. En 1869, Helmholtz [4] proposa une théorie de la fièvre des foins, dont il avait lui-même souffert. Il pensait que les symptômes étaient produits par des vibrions, qui, bien qu'existant dans les fosses nasales et les sinus à d'autres époques, auraient cependant une activité plus grande pendant les chaleurs de l'été. Les injections de sulfate de quinine, dont Bintz venait de montrer les propriétés contre les infusoires, lui avaient, disait-il, apporté un grand soulagement.

Les expériences qui suivirent ne confirmèrent pas ces conclusions d'Helmholtz, L'année suivante, parut une note fort courte, dans laquelle Roberts [5] se vantait d'avoir, le premier, découvert qu'une sensation excessive de froid à la pointe du nez était le symptôme « pathognomonique » de la fièvre des foins, et cet auteur se faisait grand honneur de cette découverte. En 1872, Morril Wyman [6] décrivait la maladie telle qu'on l'observe en Amérique et cherchait à établir qu'il en existe deux formes différentes; l'une qui survient en mai et juin et répond à la fièvre des foins des Anglais; l'autre particulière à l'Amérique et qu'il nomme catarrhe d'automne. En 1873, Blackley [7], de Manchester, publia un travail qui est un modèle d'investigation scientifique. Il démontra, par

[1] *Observations on Hay Fever*. London, 1865, 2e édit.

[2] *Hay asthma*. London, 1867.

[3] *Hay-Fever*. London, 1869.

[4] Binz : *Virchow's Archiv.*, février 1869.

[5] *New-York, Med. Gaz.* 8 octobre 1870.

[6] *Autumnal Catarrh*. New-York, 1872.

[7] *Hay Fever*. London, 1873, et 2e édit., 1880.

une série d'expériences fort ingénieuses et conduite avec le plus grand soin, que sur lui-même la seule cause de la fièvre des foins était le pollen des graminées et des fleurs, et que sur deux autres personnes l'intensité de l'affection avait été en rapport avec la quantité de pollen en suspension dans l'air. Ses observations ultérieures montrèrent qu'il est infiniment probable, pour ne pas dire certain, que l'irritation passagère de la muqueuse des fosses nasales, peut être parfois causée par de simples poussières, mais qu'en réalité le pollen est la vrai *cause matérielle* de la fièvre des foins. En 1876, Beard[1], de New-York, fit paraître une courte monographie, dans laquelle il décrivit la maladie telle qu'on l'observe aux Etats-Unis. Les documents qu'il publia, furent réunis à l'aide de circulaires, ainsi que l'avait fait Phoebus; mais, plus heureux que ce dernier, il lui avait été donné d'en observer et d'en traiter plusieurs cas. Il recueillit des notes sur plus de deux cents malades et sur ces données, il conclut que les causes occasionnelles immédiates sont au nombre de plus de trente, et que des recherches récentes permettent de les porter à cinquante et même à cent. Beard fit en outre, clairement ressortir de sa statistique que le plus grand nombre des malades ont un tempérament nerveux et que les toniques du système nerveux sont très utiles dans le traitement de cette affection[2]. En 1877, Marsh[3] publie un essai dans lequel il accepte complètement la théorie du pollen. L'influence de l'état morbide de la muqueuse des fosses nasales, sur le développement de la fièvre des foins, ressort clairement des travaux de Daly[4], Roé[5] et Hack[6].

Etiologie. — Nous diviserons, ainsi qu'il est d'usage, les causes du catarrhe estival en causes *(a)* prédisposantes et causes *(b)* occasionnelles.

a) Les *causes prédisposantes* de cette affection relèvent d'une idiosyncrasie particulière, mais d'où dépend cette idiosyn-

[1] Avec le Dr Beard, nous pensons qu'un état nerveux général prédispose singulièrement les malades à subir les atteintes du mal. (Note des traducteurs.)

[2] *Hay Fever or Summer Catarrh.* New-York, 1876.

[3] *Hay Fever, or Pollen-poisoning*, communication à la Société médicale de New-Jersey. 1877.

[5] *Archives of laryngology.* 1882, vol. III, p. 157.

[4] *New-York. Med. Journ.* 12 mai 1883.

[6] *Wien. Med. Wochenscrift.* 1882-83.

crasic [1], nous l'ignorons absolument. Qu'elle soit due à une anomalie locale dans la structure de la muqueuse, des capillaires ou des terminaisons nerveuses, ou qu'elle relève de conditions impossibles à découvrir avec les méthodes d'investigation dont nous pouvons disposer, un fait n'en subsiste pas moins, c'est que tandis que des millions de personnes sont exposées à la cause de cette maladie, un petit nombre seulement en sont affectées. L'idiosyncrasie est d'ordinaire subite, se développe sans raison apparente. Une fois acquise, toutefois, elle disparaît rarement et la prédisposition paraît augmenter avec chaque été. Les circonstances que l'on suppose influer sur cette idiosyncrasie, sont : la *race*, le *tempérament*, la *profession*, l'*éducation*, le *genre de vie*, le *sexe*, l'*hérédité* et enfin l'*âge*. Il sera bon, je crois, d'étudier en détail ces différents points.

L'influence de la *race* ressort de ce fait que les Anglais et les Américains sont à peu près les seuls à souffrir de l'Hay fever. Dans le nord de l'Europe, en Norwège, Suède et Danemark, elle est à peu près inconnue; les Français, les Allemands, les Russes, les Italiens et les Espagnols en sont rarement atteints. De même en Asie et en Afrique, elle ne frappe que les Anglais. Autant que j'ai pu m'en assurer, l'affection est plus commune au sud de l'Angleterre qu'au nord, tandis qu'elle est très rare au nord de l'Ecosse. En Amérique, on l'observe à peu près dans tous les Etats, mais elle diminue de fréquence vers le sud. Je pense qu'il est extrêmement probable que la fièvre des foins s'observe en Australie et en Nouvelle-Zélande, mais je ne crois pas qu'on ait encore publié

[1] Il en est de cette prédisposition, comme de toutes les idiosyncrasies en général. On connaît trop bien ces prédispositions particulières pour qu'il soit besoin de plus longs commentaires. Bon nombre d'individus ne peuvent manger des crabes, du homard, ou des fraises sans être atteints d'urticaire. D'autres ne peuvent manger du mouton ou des blancs d'œufs sans être malades. Un des cas les plus intéressants d'idiosyncrasie, et se rapportant au sujet qui nous occupe, puisqu'il survint à la suite d'une opération sur les fosses nasales, est celui de Schiller, à qui l'odeur de pomme pourrie était si agréable, qu'il ne pouvait « vivre ni travailler sans elle ». Lisez : « *Vie de Gœthe*. » London, 1864, 2e édit., p. 381.

aucun cas observé dans ces contrées. Pour prouver l'influence de la race sur le développement de cette affection, Beard rapporte que le Dr Jacobi, dont la clientèle à New-York se composait surtout d'Allemands, n'avait jamais observé un seul malade de cette nationalité atteint de fièvre des foins, et que le Dr Chaveau, à New-York, n'avait, lui aussi, jamais observé cette maladie chez les Français, ses compatriotes, résidant en cette ville. Beard lui-même n'a jamais connu de cas développé chez les Indiens, ni les nègres, un cas excepté, rapporté par Wyman, concernant l'enfant d'un Indien [1].

Le *tempérament nerveux* prédispose très certainement à la fièvre des foins. Ce qui ne veut pas dire que tous les malades atteints de cette affection soient très nerveux; il en est que l'on peut ranger parmi les gens à tempérament nervoso-bilieux, d'autres nervoso-sanguins, mais presque tous appartiennent à cette classe d'individus actifs, énergiques, que l'on dit avoir une organisation nerveuse.

Un des caractères les plus singuliers de cette affection, c'est qu'elle frappe à peu près exclusivement les gens ayant reçu une certaine *éducation* et en général appartenant à la haute classe de la société. Tandis que dans ma pratique particulière, j'ai noté [2] soixante et un cas de fièvre des foins, et que j'en ai observé plusieurs autres depuis peu. Je ne me rappelle pas en avoir observé plus d'un cas dans mes salles de l'hôpital. Sur quarante-huit cas que Blackley put observer plus ou moins directement, tous appartenaient aux classes instruites; tandis que sur cinquante-cinq cas rapportés par Wyman, quarante-neuf malades étaient des gens aisés.

L'influence du *genre de vie* ressort de ce fait que les habitants des campagnes sont moins souvent frappés que les gens de la ville. Ainsi, les fermiers et les agriculteurs, qui sont le plus

[1] Toutefois, récemment le Dr John Mackenzie (*The Med. Rec.*, 18 octobre 1884) a signalé plusieurs faits de fièvre des foins observés chez des nègres, ce qui prouverait que ces derniers ne possèdent, en somme, qu'une immunité relative. (Note des traducteurs.)

[2] Ceci a été écrit en 1879.

exposés aux causes de la maladie, en souffrent très rarement; on n'en trouve que sept cas, sur les deux cents observations réunies par Beard. Il n'est pas possible d'affirmer que le paysan doive l'immunité dont il jouit à une forte santé, maintenue par la vie en plein air, ou bien à l'espèce d'acclimatation qui résulte de son exposition constante aux causes de la maladie; mais ce fait n'en subsiste pas moins, que les gens de la ville sont plus sujets à cette affection que les habitants des campagnes.

Le *sexe* a une influence très marquée sur la production de la maladie, qui est plus commune chez les hommes que chez les femmes. Sur les quatre cent trente-trois cas cités par Phœbus, Wyman et Beard, on compte cent quarante-deux femmes, soit environ un tiers. On peut objecter toutefois contre ces statistiques, que les renseignements sur lesquels elles se basent résultaient de lettres circulaires auxquelles les hommes avaient moins de répugnance à répondre que les femmes. On ne peut toutefois faire la même objection pour les cas que j'ai moi-même observés et j'ai compté trente-huit hommes et seulement vingt-trois femmes.

L'*hérédité* exerce aussi une puissante influence sur l'apparition de l'Hay-fever; c'est là un fait suffisamment démontré par Wyman et Beard, et qui ressort également de mes propres observations. Dans les recherches de Wyman, l'hérédité entre pour vingt pour cent, dans celles de Beard, pour trente-trois pour cent. Sur mes soixante et une observations, trente-sept de près ou de loin présentaient des antécédents héréditaires. Il m'est arrivé parfois de traiter en même temps le père et les enfants

L'*âge* influe aussi sur le développement de la maladie. Dans la grande majorité des cas la fièvre des foins apparaît avant quarante ans; on a cependant rapporté des faits, de personnes atteintes, à l'âge de soixante ans. Il est aussi fort rare de voir la maladie frapper les très jeunes enfants; j'ai cependant donné mes soins à un enfant de deux ans et à un autre de trois ans.

Dans toutes les observations des malades très jeunes que je

connais, les parents des petits malades avaient eux-mêmes souffert de cette affection. Si les parents n'avaient pas été eux-mêmes atteints par la maladie, il est très probable qu'on n'aurait pas connu la véritable signification des symptômes observés et qu'on les aurait rapportés à un simple refroidissement.

b) *Causes occasionnelles.* — Un grand nombre d'agents ont été considérés comme étant la cause directe de la maladie, mais il est, à l'heure actuelle, hors de doute que le *pollen est le facteur essentiel de la maladie chez les gens particulièrement prédisposés*. Toutefois, avant de démontrer que le pollen est la cause réelle de la fièvre des foins, il nous paraît bon de passer en revue les différentes sources qui ont été regardées autrefois comme la cause du mal. Les plus importantes sont la chaleur, la lumière, les poussières, l'acide benzoïque, le coumarin, l'excès d'ozone, l'abus du travail, ou plusieurs de ces conditions réunies.

Chaleur. — Le public considérait déjà la fièvre des foins comme le résultat de l'action des émanations des graminées ou du foin, à l'époque où Bostock, s'appuyant sur son expérience personnelle, émettait cette idée que l'affection était due à la chaleur du soleil. Les difficultés que présentait cette théorie amenèrent Phoebus à attribuer l'affection *aux premières chaleurs de l'été*, qui sont, ainsi qu'il le fait observer, « une cause de maladie bien plus puissante que l'influence des plantes ». Plus tard, toutefois, Phoebus remarqua que « les premières chaleurs de l'été agissent d'une façon indirecte comme causes occasionnelles ». Il admet alors que le foin et la fleur du seigle amènent des exacerbations. La chaleur seule n'est point suffisante, car la maladie n'existe pas dans les plaines de l'Inde où la température est très chaude, tandis qu'on l'observe quelquefois dans les mois plus frais de l'année, alors que la végétation est très active. La fièvre des foins s'observe aussi dans les climats tempérés des plateaux de l'Inde, quand les graminées et les céréales sont en fleurs. Les chaleurs intenses du désert ne produisent pas la maladie; on ne l'observe

jamais sur mer dans les chaudes régions équatoriales, bien que la chaleur soit parfois insupportable, quand les navires sont au milieu d'un calme plat. En Amérique, la fièvre des foins est plus commune en automne que pendant l'été tropical qui règne dans cette contrée.

Lumière. — Les observations que nous venons de faire au sujet de la chaleur peuvent aussi s'appliquer à la lumière. Phoebus pense que peut-être les *jours longs*, qui produisent une action plus continue de la lumière, peuvent être incriminés. Mais dans les pays où l'action de la lumière est la plus vive et la plus longue, dans les terres du « soleil à minuit », la fièvre des foins est tout à fait inconnue. En mer, quand le soleil brille, c'est un fait connu de tout le monde, rien ne peut égaler sa lumière ; cependant un voyage sur mer est le meilleur préservatif contre le catarrhe estival. Les personnes dont la muqueuse nasale est très sensible, en particulier celles qui sont sujettes à cette affection, sont sans aucun doute prédisposées à avoir, du fait de la lumière du soleil, des accès d'éternûment, et un observateur inattentif, peut parfaitement prendre ces accès pour une véritable attaque de fièvre des foins. Quelques-uns des malades de Beard ont mis leur mal sur le compte de la lumière du gaz, mais on se sert beaucoup plus de cette lumière en hiver, saison pendant laquelle la fièvre des foins n'existe pas, tandis qu'elle règne en Angleterre pendant l'été et qu'elle domine en Amérique.

Poussières.—Il est plus difficile d'en nier l'influence. La plupart des auteurs admettent que la poussière est une des causes de la fièvre des foins; ils se servent de l'expression « poussière ordinaire »; mais, ainsi que Blackley le fait très bien remarquer, il n'est rien de si variable que la poussière *ordinaire*. La constitution de la poussière dépend en effet des caractères géologiques du sol, de la nature de la végétation, de la saison de l'année, autant que « du nombre et de la nature des germes et des corps organiques » tenus en suspension dans l'atmosphère. Il ressort des statistiques de Beard, si nous les acceptons sans commentaires, que la poussière est la cause la

plus fréquente de la fièvre des foins, car sur cent quatre-vingt-dix-huit malades, plus de cent quatre attribuaient leur maladie à cette cause. De ces cent quatre-vingt-dix-huit cas, toutefois, cent quarante-deux se sont produits en mai et septembre; et l'on peut très bien objecter : comment se fait-il que les poussières n'aient jamais nui à ces malades pendant les mois de l'hiver? Ce fait n'indique-t-il pas clairement la présence dans la poussière de quelque irritant particulier, propre aux mois de l'été et de l'automne, principe qui n'existe pas en d'autres temps. En Angleterre, pendant les mois de février, mars et avril, alors que les vents d'est, très violents, soufflent fort souvent et envoient en plein visage des tourbillons de poussière, on n'observe jamais la fièvre des foins, tandis que dans les mois de mai et juin, alors que la poussière est relativement moins abondante, la fièvre fait ses plus nombreuses victimes. Il est vrai que dans plusieurs des cas réunis par Beard, quelques malades attribuaient leur mal à « la poussière des appartements », quelques-uns même aux cendres, mais on séjourne bien plus dans les appartements pendant l'hiver que pendant l'été et le printemps, et l'usage du feu pendant l'hiver devrait se faire particulièrement sentir en cette saison, si ces agents avaient une réelle influence. C'est le contraire qui se produit. N'est-il pas plus probable de penser que ces malades se sont trompés sur la véritable cause de leur maladie? Ne savons-nous pas combien il est facile, même pour un médecin exercé, de faire des observations erronées et de méconnaître des signes physiques importants; à plus forte raison, le malade dépourvu de toute direction, doit-il se tromper dans l'étude des problèmes obscurs et compliqués que soulève l'étiologie.

Ozone, acide benzoïque, etc. — Phoebus pensait qu'un excès d'ozone dans l'atmosphère pouvait être considéré comme une des causes de la fièvre des foins, mais Blackley, après avoir respiré pendant cinq ou six heures de l'air fortement chargé d'ozone, n'en ressentit aucun effet. Il avait cependant respiré de l'ozone préparé artificiellement et en quantité beaucoup plus considérable qu'il n'en existe jamais

dans l'air atmosphérique et cela sans le moindre inconvénient. Le même médecin étudia sur lui-même l'effet de l'acide benzoïque [1], du *coumarin* (composé des principes odorants des fleurs de différentes graminées) et des huiles volatiles que renferment diverses plantes, telles que la menthe, le genièvre, le romarin, la lavande, et leur donnent leur parfum caractéristique. Les résultats furent toujours entièrement négatifs.

Les efforts excessifs ou *les exercices prolongés en plein air* ne produisent aucun effet pendant la saison froide et dans toute autre saison, à l'exception de celles pendant lesquelles les graminées sont en fleurs. On peut toutefois les considérer comme des causes *aggravantes* de la fièvre des foins, et pendant la saison des foins, on doit tenir un très grand compte de ce fait.

Causes combinées de la fièvre des foins. — Plusieurs auteurs ont prétendu que chacune des causes énumérées ci-dessus était incapable de produire cette affection, mais que cette dernière résultait de l'action combinée de chacune d'elles. De pareilles théories sont la ressource dernière de ceux qui sont incapables de découvrir la véritable étiologie et qui n'ont à apporter aucune preuve à leur appui.

Nous avons montré quelles étaient les substances que l'on avait, à tort, accusées de produire la fièvre des foins ; nous devons maintenant démontrer quelle en est l'origine réelle.

Les observations de Blackley ne laissent aucun doute à ce sujet, la cause de la fièvre des foins est l'*action du pollen sur la muqueuse des fosses nasales*. Les observations comprenaient tout ce qui concerne le sujet, et furent conduites avec un esprit rigoureusement scientifique. Par une série d'expériences bien conçues, il réussit à démontrer : 1° que les inhalations de pollen produisaient toujours sur sa propre personne les symptômes caractéristiques de la fièvre des foins ; 2° que chez

[1] Vogel a démontré que cette dernière substance était contenue dans l'anthoxanthum odoratum, et l'holcus odoratus, deux espèces de plantes qui ont été particulièrement accusées d'être la cause de la fièvre des foins.

lui et sur deux autres personnes, l'intensité des symptômes avait été, en raison directe, de la quantité de pollen tenu en suspension dans l'air ; 3° enfin, comme nous l'avons montré déjà, qu'aucun des agents considérés jusqu'ici, comme produisant la fièvre des foins, à savoir : la chaleur, la lumière, la poussière, les substances odorantes ou l'ozone, ne pouvaient produire cette maladie.

Les expériences de Blackley furent faites avec le pollen de diverses graminées ou céréales, et avec celui de plantes appartenant à trente-cinq ordres différents. Les graminées que l'on a toujours considérées comme les plus actives sont, ainsi que nous l'avons fait remarquer, l'*anthoxanthum odoratum* et l'*holcus odoratus ;* cette idée provient sans aucun doute de l'odeur très forte de ces plantes, mais ce n'est pas une raison suffisante pour supposer leur pollen plus actif que celui de l'*alopecurus pratensis* et des différentes *poæ* et *loliæ*.

Le pollen du seigle, toutefois, semble être plus énergique que celui des autres graminées, et celui du froment, de l'avoine et de l'orge est aussi très actif. Les observations minutieuses de Blackley démontrent qu'en Angleterre, à l'époque de la fièvre des foins, quatre-vingt-quinze pour cent du pollen contenu dans l'air appartient à des *graminées*. Les plantes de cette famille fleurissent généralement *entre le commencement du mois de mai et la dernière quinzaine de juillet* et c'est précisément à cette époque de l'année que l'Hay fever sévit avec rigueur. Si la saison est humide et froide, la maladie commence d'ordinaire à apparaître plus tard, et présente un caractère plus bénin que si le temps est sec et la végétation luxuriante.

Il est des personnes auxquelles la présence des roses donne lieu à une attaque, et en Amérique on désigne parfois l'affection sous le nom de fièvre des roses. Nul doute que le pollen des roses n'agisse dans ces cas-là. Le célèbre Broussais [1] paraît avoir été arrêté dans ses études de botanique par cette idiosyncrasie ; et le cas rapporté par Hünerswolff [2], d'un

[1] Anglada : *Du coryza simple*, Thèse de Paris, 1837, p. 14.

[2] *Ephem. nat. curios. dec.* II. ann. V., obs. XXII.

homme auquel le parfum de la rose donnait toujours une attaque de coryza, a été souvent cité par les auteurs modernes. J'ai moi-même observé un cas semblable chez une dame habitant le Devonshire, qui vint me consulter en 1864, au sujet d'un violent coryza, dont elle était toujours atteinte quand elle respirait l'odeur des roses. Tout traitement devint inutile et elle dut bannir ces fleurs de son jardin.

En Amérique, le pollen de l'absinthe romaine (ambrosia Artemisiæfolia) paraît être la cause la plus commune de la fièvre des foins. Cette plante (qui appartient au genre des *Ambrosiacées*, ordre des *composées*) ne se rencontre pas en Europe, mais est fort commune dans certaines parties des Etats-Unis. Wyman [1] raconte que, lorsqu'il ouvrait un paquet contenant cette plante, à White Mountain Glen, où il s'était retiré pour éviter la fièvre des foins, son fils et lui présentaient aussitôt les symptômes de la maladie. *La plante fleurit en août et septembre, et c'est aussi à cette époque que la maladie sévit principalement en Amérique.* Plusieurs variétés d'*Artemise*, genre tout à fait voisin, se trouvent en Angleterre, et je crois qu'un assez bon nombre de cas, observés sur le bord de la mer, en cette contrée, sont dus au pollen de l'*artemisia maritima*, ou d'une de ses variétés, l'*artemisia gallica.* Un fait assez curieux, c'est que, à l'exception du maïs, le pollen des *graminées* paraît produire des effets moins intenses en Amérique, bien qu'on observe cependant des formes légères de fièvre des foins du mois de mai au mois d'août.

Nous devons rapporter certains cas contraires à la théorie du pollen. Walshe [2] a publié le cas d'un malade qui conserva tous les symptômes de la fièvre des foins pendant toute une traversée à travers l'Atlantique, et un autre cas rapporté par Abbott Smith [3], d'un malade qui fut atteint de la maladie à neuf milles de la terre. Ce sont, je crois, les deux seuls

[1] *Op. cit.*, p. 101.

[2] *A practical Treatise on Diseases of the Lungs.* London, 1871, 4e édit., p. 228.

[3] *On Hay Fever.* London, 1866, 4e édit.

faits authentiques dans lesquels on ait vu la fièvre des foins subsister ou se déclarer en pleine mer ; ils ont donné lieu à diverses interprétations. Blackley a clairement démontré que le pollen peut être parfaitement retenu par les habits ou le linge et s'y conserver pendant des semaines, et dans le cas de Smith, le malade fut atteint des premiers symptômes après avoir assisté à la « levée des voiles ». L'accès survint le 13 juin, et il est tout à fait probable que lorsque les voiles avaient été déployées, une grande quantité de pollen contenu dans leurs replis avait été mise en liberté. Dans l'observation de Walshe, les symptômes peuvent s'être manifestés sous l'influence d'une autre cause d'excitation, en raison d'une prédisposition particulière du malade, ou bien il ne s'agissait pas de la véritable fièvre des foins, mais d'un asthme ordinaire accompagné de catarrhe des fosses nasales. Il n'est cependant pas impossible que le pollen ait été porté jusque sur le navire, situé à plusieurs milles loin des terres. Darwin [1] a montré que parfois la poussière peut être portée fort loin [2] sur l'Atlantique. La poussière, dit-il, tombe parfois en si grande abondance, qu'elle couvre à bord tous les objets et remplit les yeux des passagers ; les navires sont souvent jetés à la côte, à cause de l'obscurité de l'atmosphère. Parlant ensuite de la distribution du pollen, Darwin rappelle qu'on a vu souvent le sol de Saint-Louis, dans le Missouri, recouvert de pollen, comme si on avait semé du soufre, et l'on a toute raison de

[1] *Journal of Researches*, etc. London, 1845, 2e édit., p. 5.

[2] Que le pollen puisse être transporté par les vents fort loin de son point de départ, c'est un fait bien connu des botanistes. Pour en donner un exemple nous pourrions citer ce fait d'un palmier femelle qui se trouvait, seul de son espèce, au jardin botanique de Bordeaux. Après être resté stérile pendant plusieurs années, on le vit se couvrir de fruits. Grand émoi chez les botanistes. On chercha d'où pouvait provenir le pollen et on trouva à une dizaine de kilomètres de la ville un palmier mâle de la même espèce que celui du jardin botanique. Au printemps, il n'est pas rare après une journée pluvieuse, de voir les rues couvertes d'une poussière jaunâtre. Cette poussière que le peuple désigne sous le nom de « pluie de soufre » est tout simplement formée du pollen des pins dont les nombreuses plantations couvrent le sol des Landes qui entourent Bordeaux. (Note des traducteurs.)

croire qu'il a été transporté des forêts de pin, qui sont éloignées de la ville, de 400 milles anglais vers le sud [1]. On a également observé, le 16 mars 1883, à Philadelphie [2], une pluie de pollen provenant d'une plantation de pins, assez éloignée de la ville. Elle formait une couche si épaisse que le peuple ignorant croyait que c'était du soufre. Ces faits sont suffisants pour montrer que l'influence du pollen peut se faire sentir dans des circonstances tout à fait inattendues.

Tout en affirmant que le pollen est la cause ordinaire de cette forme particulière de catarrhe connue sous le nom de fièvre des foins, il est cependant impossible de nier que d'autres particules irritantes ne puissent produire une affection analogue, si leur action sur la muqueuse est assez longtemps prolongée. Ainsi, nul n'ignore que la poudre d'ipéca produit chez certaines personnes une forme particulière d'asthme, ressemblant exactement à la fièvre des foins, et que chez bon nombre d'autres, la fumée du soufre qui brûle produit le même effet. J'ai fréquemment observé de légers accès, semblables à la fièvre des foins, survenus à la suite d'insufflations de poudre de lycopode, et c'est pour cette raison, que j'ai cessé d'employer cette substance mélangée aux poudres médicamenteuses. Quelques personnes éprouvent des symptômes semblables à ceux de la fièvre des foins après avoir respiré l'odeur de certains fruits, tandis que d'autres ressentent des troubles analogues lorsqu'elles se trouvent en présence des chats, des lapins, des cochons d'Inde, etc. Bastian[3] souffrit d'une affection exactement semblable à la fièvre des foins en disséquant l'*ascaris megalocephala*, qui est un parasite du cheval. Si une cause irritante spécifique porte son action sur un individu présentant une prédisposition de ce genre, les symptômes qu'il éprouve sont en tout semblables à ceux que produit la fièvre des foins ; mais d'ordinaire, le malade connaît parfaitement

[1] *The effect of Cross and Self. — Fertilization in the Vegetable Kingdon.* London, 1876, p. 405.

[2] *Philadelphia Med. News*, 7 avril 1883.

[3] *Philosoph. Transact.* 1866, vol. CVI.

alors, les causes qui déterminent chez lui ces désordres et peut les éviter.

La fièvre des foins, au point de vue étiologique, est caractérisée d'abord par ce fait, que le nombre d'individus susceptibles de la contracter sous l'influence du pollen, est bien plus grand que pour toutes les autres causes, et surtout par cette circonstance, qu'en certaines saisons le pollen exerce son influence sur de très vastes régions, et qu'il est fort difficile d'échapper à son action.

Daly [1], de Pittsburg, dans un article publié récemment, s'est efforcé de démontrer, que dans la grande majorité des cas, il existe une relation intime entre la fièvre des foins et le catarrhe chronique des fosses nasales, et qu'en dehors des cas où existe cette affection de la muqueuse, la prétendue cause déterminante de l'hay fever reste sans action. Il rapporte deux cas d'hypertrophie des cornets et un cas de polype du nez, dans lesquels les malades perdirent toute prédisposition à la fièvre des foins après la guérison de l'affection locale. Ces personnes avaient souffert de la fièvre des foins, la première, pendant vingt et un ans, la seconde pendant quinze ans, la troisième enfin, pendant six ans. Depuis lors, Roé [2] et Hack [3], ont soutenu des opinions analogues à celles de Daly. Il n'est pas douteux que les divers états pathologiques de la muqueuse, ne puissent prédisposer à l'hay fever; je dois faire observer cependant, que j'ai examiné à différentes reprises l'intérieur des fosses nasales de malades atteints de fièvre des foins sans trouver autre chose qu'une congestion généralisée de la muqueuse.

Symptômes. — L'affection présente deux types bien distincts, l'un *catarrhal*, l'autre *asthmatique*.

Type catharral — Dans le premier, l'attaque se produit brusquement et le malade éprouve une démangeaison et une sensa-

[1] *Archives of Laryngology*. 1882, vol. III, nº 2.
[2] *Loc. cit.*
[3] *Loc. cit.*

tion de cuisson dans le nez et les yeux, parfois aussi à la gorge et sur la voûte palatine. Assez fréquemment, l'accès débute par les signes d'une violente inflammation de l'angle interne de l'œil. Des crises d'éternûment dans quelques cas d'une violence extrême, surviennent ensuite, accompagnées d'un écoulement abondant par les fosses nasales.

La muqueuse du nez se gonfle, au point de fermer complètement le passage et de rendre la respiration nasale impossible. On constate en même temps une abondante sécrétion de larmes, avec des douleurs vives, lancinantes, des picotements, des conjonctives et parfois de la photophobie. Il existe aussi quelquefois un certain degré de chémosis, les paupières sont œdématiées au point de fermer complètement les yeux. Le liquide qui s'écoule du nez et des yeux, devient progressivement épais, et arrive à présenter un aspect muco-purulent. Les malades peuvent éprouver des douleurs névralgiques très violentes au niveau de l'orbite et derrière la tête. Dans quelques cas, il existe de la fièvre, mais ce n'est pas la règle. L'intensité des symptômes varie à de courts intervalles, au point de donner à la maladie un caractère intermittent. Cela tient à la quantité variable de pollen contenu dans l'atmosphère, l'intensité du mal, étant naturellement en proportion directe avec la quantité de la substance qui est la *cause matérielle de la maladie* (materies morbi). Un accès dure de quelques heures à plusieurs jours, quelquefois plus longtemps, pour disparaître enfin brusquement comme il était venu, ne laissant après lui comme trace de son passage, ni lésion locale, ni troubles généraux. Chez quelques malades, la fièvre des foins s'accompagne d'urticaire.

Type asthmatique. — La forme asthmatique peut s'ajouter aux symptômes décrits ci-dessus ou constituer à elle seule la maladie. Elle survient généralement le jour, et les crises peuvent disparaître au bout de quelques heures, le malade rejetant d'abord des mucosités visqueuses, et ensuite une abondante sécrétion, ou bien présenter seulement de légères rémissions, la dyspnée durant aussi longtemps que le sujet atteint est exposé

à l'action du pollen. Les attaques produisent rarement l'emphysème et tôt ou tard le malade se remet complètement.

Diagnostic. — Les analogies qui existent entre la fièvre des foins et le coryza ordinaire, d'une part, et les crises d'asthme de l'autre, donnaient lieu autrefois à de fréquentes erreurs de diagnostic, mais la maladie est maintenant trop bien connue pour que le médecin puisse être induit en erreur. On pourrait toutefois confondre la première attaque avec le coryza ordinaire, mais la soudaineté des accès, l'œdème considérable des paupières, unis à l'absence de symptômes constitutionnels, conduiront rapidement à un diagnostic exact.

En Angleterre, en raison des fréquentes variations de température du printemps et de l'été, les personnes prédisposées aux catarrhes peuvent, il est vrai, contracter très facilement un rhume de cerveau, et dans ces cas-là on pourra quelquefois songer à la fièvre des foins ; mais la facilité avec laquelle la maladie cèdera au traitement anticatarrhal révèlera bientôt la nature réelle de l'affection.

La forme asthmatique de la fièvre des foins est parfois moins facile à reconnaître ; les commémoratifs serviront généralement de guide au praticien, et lui permettront de se faire une idée juste de la nature du mal. Le fait que la fièvre des foins débute souvent *pendant le jour,* hors des appartements et pendant l'été, tandis que les crises d'asthme surviennent le plus fréquemment le soir ou la nuit, alors que le malade est chez lui et dans n'importe quelle saison de l'année, peut servir à différencier les deux maladies.

Pronostic. — Il est toujours favorable, pour ce qui concerne la terminaison de chaque accès ; *cessante causâ, cessat effectus.* L'époque de la floraison des graminées une fois passée, les symptômes ennuyeux disparaissent toujours ; mais ils reparaissent à peu près sûrement quand le malade se trouve de nouveau exposé à l'action du pollen.

Anatomie pathologique. — La fièvre des foins ne laisse pas après elle de lésions permanentes. Blackley pense que l'action

particulière et spécifique du pollen consiste à amener une dilatation et une exsudation séreuse des capillaires. Cela me paraît fort douteux, et je crois que le pollen ne produit autre chose que la réaction qui suit toujours l'application d'une substance irritante [1].

Traitement. — Dans aucune maladie, le vieil adage « il vaut mieux prévenir que guérir », ne m'a paru plus à propos que dans la fièvre des foins. Si le poison s'introduit sans cesse dans l'organisme, l'antidote, s'il en existe, n'a que fort peu de chance d'amener la guérison. Dès lors, la première mesure à prendre doit être de faire quitter au malade la contrée dans laquelle se trouvent le plus de graminées en fleur. Un voyage sur mer me paraît être la mesure la plus parfaite qu'il puisse adopter. Les personnes qui ne pourraient faire un voyage en mer, devront habiter les bords de la mer, où elles seront délivrées de leur maladie, sauf dans les cas où la brise viendra du côté de la terre. Les habitants des villes devront éviter la campagne, et les habitants des campagnes pourront aller, momentanément, habiter au centre d'une grande ville. Il arrive souvent, toutefois, qu'un changement de résidence est impossible, et dans ces cas-là, si l'affection est très intense, les sujets atteints devront rester enfermés dans leurs appartements pendant toute la saison des foins. Bien des individus, toutefois, ne peuvent rester fermés chez eux pendant la période d'un mois ou six semaines que dure la fièvre de foins; et ceux qui le peuvent trouveront peut-être que cette longue réclusion est non seulement fort ennuyeuse, mais encore nuisible à leur santé. Dès lors, si le malade est obligé de sortir hors de chez lui, il devra se boucher les narines avec un tampon d'ouate introduit à l'aide de la vis de Gottstein (voy. fig. 60, p. 69), et protéger ses yeux avec des lunettes [2] munies d'une large

[1] Dans ces dernières années, on a pensé qu'il existait une zone assez limitée de la muqueuse pituitaire dont l'excitation suffisait pour produire l'apparition de l'*Hay-fever*. Ce serait d'après certains auteurs la partie postérieure du cornet inférieur ou de la cloison. (Note des traducteurs.)

[2] La vis et les lunettes sont fabriquées par MM. Mayer et Meltzer, Great Portland-Street, à Londres.

garniture s'appliquant exactement sur la circonférence de l'orbite. Ainsi protégés, bien des gens sujets à l'hay fever parviennent à l'éviter, ou bien ne contractent que des formes bénignes.

Comme la maladie frappe surtout les personnes nerveuses, les toniques du système nerveux ont été employés dans le but de guérir la fièvre des foins, ou d'enrayer la violence des accès. Parmi eux, la quinine, l'arsenic, l'opium et la belladone, ont été successivement mis en usage; de tous ces remèdes, le valérianate de zinc uni à l'assafœtida est celui qui m'a paru préférable. Je l'administre d'ordinaire sous forme de pilules, composées de 0,05 centig. de valérianate de zinc et de 0,12 centig. d'assa-fœtida. J'invite mes malades à faire usage de ces pilules à l'approche de la saison des foins, et sous l'influence de ce remède, j'ai vu des personnes, précédemment sujettes à des accès très violents, en être complètement exemptes.

Quand la maladie est déclarée, la teinture d'opium rend de très grands services; elle diminue la sécrétion, calme les éternûments et agit en même temps sur le système nerveux.

On pourra l'administrer de la même façon que pour le catarrhe aigu des fosses nasales (p. 80), mais son usage devra être longtemps continué. La belladone a été recommandée, mais je n'en ai jamais usé dans le traitement de cette maladie.

J'ai peu de confiance dans le traitement local pour la fièvre des foins, cependant lorsqu'il existe une abondante sécrétion avec une tendance exagérée aux éternûments, les inhalations de sel d'ammoniaque procureront souvent au malade un grand soulagement. Les injections de quinine recommandées par Helmholtz, m'ont paru peu utiles. Bien que dans quelques cas elles aient soulagé les malades, le plus souvent elles sont restées sans effet, tandis que certaines personnes s'en sont fort mal trouvées. Les vapeurs de benjoin de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge ont quelquefois procuré du soulagement; et j'ai aussi obtenu de bons résultats de l'insufflation dans le nez d'une poudre composée de 0,004 milligrammes d'azotate de morphine et 6 centigrammes de bismuth. Cette insufflation

doit être répétée plusieurs fois dans la journée. La prise de Ferrier (voyez l'Appendice) peut être substituée à la formule ci-dessus, mais doit être employée également en insufflations [1].

Dans quelques cas, je me suis bien trouvé de l'emploi de bougies médicamenteuses, au bismuth et à l'acétate de plomb de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge (voir l'Appendice); mais, comme la quinine elles aggravent souvent la maladie, au lieu de la guérir. On peut frictionner la lèvre supérieure et le bord des narines deux ou trois fois par jour avec une pommade au benzoate de zinc.

Pour diminuer l'inflammation des joues de fréquents lavages à l'eau froide seront parfois très utiles, bien que Roberts [2] paraisse avoir obtenu de forts bons résultats de l'emploi d'eau chaude légèrement alcaline. Le sulfate de cuivre (0,10 cent. pour 30 gr.) ou le sulfate de plomb (0,10 cent. pour 30 gr.) rendent parfois des services ; je préfère toutefois employer en lotion une solution de 0,10 cent. d'acétate de plomb et deux gouttes d'acide acétique dilué pour 30 gr. d'eau. Les malades asthmatiques éprouveront souvent un grand soulagement, en respirant la fumée d'un papier buvard nitré (voyez l'Appendice, vol I[er], p. 776). On augmente encore l'effet salutaire de ce papier en le trempant dans une solution de datura stramonium, de belladone, ou de lobélie.

[1] Ici encore, on pourra employer les solutions ou poudres de chlorhydrate de cocaïne dont nous avons déjà parlé à propos du coryza aigu.

Enfin nous devons ajouter que plusieurs auteurs basés sur l'idée d'une zone spéciale, ont proposé de détruire cette partie de la muqueuse pituitaire à l'aide du galvano-cautère, obtenant ainsi la disparition de la maladie. Toutefois ce procédé ne nous semble pas encore avoir reçu jusqu'à ce jour la sanction définitive de l'expérience. (Note des traducteurs.)

[2] *New-York, Med. Gaz.* Octobre, 8. — 1870.

CORYZA CHRONIQUE

Latin Eq. — Catarrhus longus.
Anglais Eq. — Chronic nasal Catarrh.
Allemand Eq. — Chronischer Nasencatarrh.
Italien Eq. — Corizza cronica.

DÉFINITION. — *Le coryza chronique est caractérisé par un gonflement de la muqueuse des fosses nasales, une augmentation de la sécrétion normale, un degré plus ou moins considérable de sténose, une voix nasonnée, et une diminution plus ou moins grande de l'odorat. La maladie détermine parfois un écoulement aqueux, et, lorsqu'on la néglige, une hypertrophie considérable des cornets.*

Historique. — Cazenave[1], il y a de cela plusieurs années, publia deux mémoires sur cette maladie. Depuis lors, l'attention des médecins s'était détournée de l'étude de cette affection, jusqu'au jour où elle devint l'objet des travaux des médecins américains. D'excellents articles pratiques ont été récemment publiés par Solis-Cohen[2], Bewerley Robinson[3], et Bosworth[4], tandis que Rumbold[5], de son côté, exposait, avec beaucoup de détails, ses idées sur cette rhinopathie. En Europe, le sujet a été traité par Michel[6], Tillot[7], Lowemberg[8] et Bresgen[9].

[1] *Sur le coryza Chronique.* Paris 1835; nouvel article en 1845. Ce médecin exerçait à Bordeaux et ne doit pas être confondu avec son célèbre homonyme de Paris.

[2] *Diseases of the Throat and Nasal passages.* New-York, 1879, 2e édit., p. 346 et suivantes.

[3] *Practical Treatise on Nasal Catarrh.* New-York, 1880, p. 69 et suivantes.

[4] *Manual of Diseases of the Throat and Nose.* New-York, 1881, p. 179, et suivantes.

[5] *Hygiene and Treatment of Catarrh.* Saint-Louis, 1880.

[6] *Krankheiten der Nasenhohle.* Berlin, 1876.

[7] *Annales des maladies de l'oreille,* etc., 1879.

[8] *Union médicale.* 28 juillet 1881.

[9] *Der chronische Nasen und Rachen-Katarrh.* Wien und Leipzig, 1883.

Etiologie. — Le coryza chronique succède le plus souvent à des attaques successives de coryza aigu. Les cas les plus rebelles paraissent se développer sous l'influence de la diathèse strumeuse, ou apparaissent chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle; cependant j'ai observé des cas très rebelles, chez des individus ne présentant pas la moindre trace de maladie constitutionnelle. L'affection peut débuter à n'importe quelle période de la vie, mais elle se produit toutefois le plus souvent chez les jeunes enfants, où elle est causée, d'ordinaire, par la présence de végétations adénoïdes dans la cavité naso-pharyngienne. Chez les personnes âgées, ce coryza prend le caractère d'un flux léger, produisant au bout du nez la « goutte », que les caricaturistes ont rendue populaire.

Le coryza chronique peut être produit par les diverses causes que nous avons indiquées à propos du coryza aigu, par exemple : l'inhalation de vapeurs irritantes ou des particules solides tenues en suspension dans l'atmosphère. Les priseurs et les alcooliques sont sujets au coryza chronique, qui peut être parfois la cause des polypes du nez mais en est aussi fort souvent la conséquence.

Symptômes. — Une abondante sécrétion de mucus est le symptôme le plus ordinaire du coryza chronique ; le malade ressent en outre presque toujours une sensation de « plénitude » dans le nez. Il existe souvent un degré de sténose suffisant pour empêcher la respiration nasale et produire cette altération caractéristique de la voix que nous avons décrite. On dit alors vulgairement du malade à propos du catarrhe aigu qu'il « parle du nez », bien que de fait, cette particularité soit due à l'obstruction des foses nasales. L'affection peut aussi s'étendre à la cavité naso-pharyngienne, envahir la trompe d'Eustache donnant ainsi naissance au catarrhe de l'oreille moyenne et à une surdité[1] assez grave.

[1] Le Dr Rumbold, dans son travail déjà cité sur le coryza chronique, fait observer (Pt. II, p. 239, 240) qu'au cours de huit années d'excercice il a « eu bon nombre de malades, plusieurs centaines, dont l'état mental a été plus ou moins affecté par l'extension d'une inflammation des fosses nasales aux membranes d'enveloppe du cerveau... Une tristesse et une

Dans les cas graves, le canal nasal est souvent obstrué, et, comme le fait observer Bresgen [1], même lorsque la maladie est légère, les bords du nez, près du bout, en particulier, sont généralement rouges.

Dans quelques cas, la maladie consiste parfois en un écoulement continuel de liquide aqueux venant des fosses nasales et constituant une véritable *rhinorrhée*. La sécrétion est assez abondante pour incommoder sérieusement le malade. J'ai traité plusieurs cas dans lesquels le patient, a sali quinze ou vingt mouchoirs dans la même journée et un autre qui, pendant quinze jours consécutifs, avait sali trente-deux à trente-cinq mouchoirs par jour. Morgagni [2] rapporte un exemple remarquable de cette affection : il s'agit d'une femme qui souffrit pendant plusieurs mois, d'un écoulement de « liquide aqueux » venant de la narine gauche, après que les autres symptômes du coryza chronique ordinaire eurent disparu. Elle rendait environ quinze grammes de liquide toutes les heures, et la malade, qui était auparavant grasse et robuste, dépérit considérablement. Une fois la rhinorrhée arrêtée, elle recouvra sa vigueur première. Le même auteur rapporte, d'après Bidloo, un cas, selon toute probabilité d'origine traumatique, dans lequel huit cents grammes environ de liquide s'écoulèrent de la narine droite dans l'espace de vingt-quatre heures.

Nous devons à Elliotson [3] un exemple plus remarquable encore : il s'agit d'une dame qui à deux reprises différentes souf-

mélancolie irrésistible, l'impossibilité de poursuivre une idée, d'additionner une colonne de chiffres, de se rappeler les noms des personnes avec lesquelles ils sont en relation immédiate », tels sont les principaux symptômes que présentaient les malades observés par Rumbold. Plusieurs oubliaient leur propre nom, tandis qu'un autre dont le nez était sans aucun doute exceptionnellement malade « éprouvait en marchant la sensation d'un homme qui s'enfonce dans le sol jusqu'aux genoux. De pareilles complications du coryza ne se rencontrent pas heureusement dans notre pays.

[1] *Op. cit.*, p. 70.

[2] *De sedibus et causis morborum*. Epist. XIV, sec. 21.

[3] *Med. Times and Gaz*, 19 septembre 1857.

frit d'un écoulement abondant de liquide aqueux venant de la narine gauche; la première attaque dura dix-huit mois, la seconde vingt-trois. Il estime que la quantité de liquide sécrété pendant la première attaque peut être évaluée à sept cent soixante-douze litres, et pendant la seconde il s'écoulait environ trois litres de liquide par jour. La première fois, l'écoulement cessa brusquement et sans cause apparente ; la seconde fois il céda graduellement à l'usage externe et interne du sulfate de zinc prescrit par Benjamin Brodie [1]; mais, comme il ne se produisit aucune amélioration pendant les trois premières semaines qui suivirent le traitement, Elliotson doute que ce remède ait eu réellement pour effet d'enrayer la maladie.

On comprend, d'après la description que nous venons de donner des différents caractères de la sécrétion, que l'état de la muqueuse doit lui-même différer beaucoup dans chaque cas particulier.

A l'examen, la muqueuse apparaît rouge, infiltrée et recouverte d'une sécrétion formant une couche épaisse, humide et jaunâtre, ou bien de croûtes de mucus concrété. D'autre part, dans la rhinorrhée, la muqueuse est pâle et comme imbibée. Si la maladie dure depuis longtemps déjà, la membrane pituitaire peut présenter quelques-uns des changements morbides décrits dans le chapitre suivant. Dans tous les cas d'inflammation chronique, on est susceptible d'observer de légères érosions de la muqueuse, pouvant donner naissance à de petites ulcérations, très ennuyeuses en ce qu'elles déterminent une sensation de picotement et de chaleur, qui porte le malade (les enfants en particulier) à enlever les croûtes et à augmenter ainsi l'irritation. Les ulcérations se produisent fréquemment sur la muqueuse qui recouvre la cloison immédiatement en dedans des narines, et dans les cas négligés, elles peuvent déterminer des perforations, laissant après elles une ouverture permanente [2].

[1] Cité par Elliotson, *loc. cit.*

[2] Pour notre part nous ne pensons pas qu'un simple coryza (non diathésique) puisse amener des lésions aussi profondes de la muqueuse et encore moins du cartilage. Si le fait se produit, c'est que le malade est

Diagnostic. — Si l'on peut faire un examen complet et s'assurer qu'il n'existe ni polypes, ni végétations polypoïdes, ni végétations adénoïdes rétro-nasales, on n'aura pas de difficultés à déterminer la nature de l'affection qui d'ordinaire est tout à fait évidente. C'est seulement lorsqu'il existe une rhinorrhée abondante que l'on peut concevoir des doutes, et, dans ces cas-là, penser que la sécrétion de liquide aqueux est peut-être produite par un polype situé dans l'antre d'Hygmore[1], ou qu'elle est d'origine reflexe et résulte d'une maladie ou d'une blessure du nerf de la cinquième paire[2], d'une névrite du nerf optique[3], et souvent même provient de sources d'inflammation encore plus éloignées.

Pronostic. — Convenablement traitée, l'affection est bénigne et l'on peut toujours promettre au malade un résultat favorable, mais elle récidive fréquemment, surtout chez les vieillards, les très jeunes enfants, et les personnes d'une constitution débile. L'important toutefois est de guérir chaque cas, aussi complètement que possible, surtout chez les enfants, car la maladie est susceptible de déterminer l'hypertrophie de la muqueuse, ou bien encore l'atrophie et l'ozène[4].

Anatomie pathologique. — L'état de la muqueuse des fosses nasales dans le coryza chronique est peu connu, mais il est probable que les phénomènes qui caractérisent ordi-

entaché d'une autre diathèse dont le coryza provoque les manifestions. Toutefois le Dr Schmiegelow a publié récemment un article dans lequel il cite plusieurs cas de perforation de la cloison, consécutifs à des excoriations répétées de la muqueuse. (Voir *Revue mens. de laryng. otol.* n° 11, 1886.) Mais il faut avouer que ce sont là des faits exceptionnels et peut-être même existait-il chez ces malades un vice constitutionnel passé inaperçu. (Note des traducteurs.)

[1] Paget : *Transact. Clinic. soc.*, 1879, vol. XII, p. 43 et suiv.

[2] Althaus : *Brit. Med. Journ.* 1868, t. II, p. 647 et suivantes.

[3] Nettleship : *Ophthalmic Review.*, janvier 1883, t. II, n° 15, p. 1 et suivantes. *Priestley Smith :* ibid., p. 4 et suivantes.

[4] Le coryza chronique suit généralement une marche intermittente, c'est-à-dire que certains malades passent une période de temps parfois assez longue sans être incommodés de leur affection. Ce n'est qu'à certaines saisons, au printemps ou à l'automne qu'ils ressentent un enchif-

nairement l'inflammation des muqueuses s'observent dans ces cas-là. L'infiltration du tissu conjonctif sous-épithélial, et, comme conséquence, l'induration de la muqueuse et l'atrophie des glandes, qui résulte de la pression des tissus qui les entourent constituent la somme des modifications morbides auxquelles donne naissance le coryza chronique dans l'intérieur des fosses nasales.

Dans les cas invétérés, on peut observer d'autres symptômes désagréables, que nous décrirons en détail dans le chapitre suivant.

Traitement. — Les lotions, les irrigations et les pulvérisations astringentes constituent la meilleure médication, mais il est important de se rappeler que la muqueuse des fosses nasales ne supporte pas de remèdes aussi énergiques que le pharynx ou le larynx.

De simples solutions alcalines, 0,60 centigr. de bicarbonate de soude pour 30 gr. d'eau par exemple rempliront parfaitement le but qu'on se propose. Le remède que j'ai trouvé le plus efficace est la « lotion alcaline composée » (voir Appendice, lotions nasales). Quelques-unes des irrigations dont les formules sont contenues dans la pharmacopée de l'hôpital de la gorge, peuvent rendre des services, en particulier les irrigations d'acide tannique et les irrigations d'alun. Si les lotions et les irrigations déterminent de la douleur, on peut faire usage de pulvérisations, qui sont également très utiles, s'il existe une sécrétion peu épaisse et abondante. Dans ces-cas là, j'ai vu les pulvérisations d'acide tannique (0,20 centigr. pour 30 gr.), ou d'alun (0,25 centigr. pour

frènement désagréable accompagné d'éternuements et de sécrétion aqueuse. Mais les personnes atteintes n'en restent pas moins très susceptibles.

Quant à la terminaison possible du coryza chronique par l'hypertrophie de la muqueuse, ou au contraire l'atrophie de cette dernière et comme conséquence l'ozène, nous sommes absolument de l'avis de l'auteur. Pour notre part, nous considérons la rhinite chronique simple comme n'étant bien souvent que la première étape du coryza atrophique dont la rhinite hypertrophique forme, dans quelques cas, la période de transition. (Note des traducteurs.)

30 gr.) amener une guérison rapide, alors que la maladie durait depuis des mois et même depuis des années. Si les solutions ne réussissent pas, on peut employer les poudres astringentes ou sédatives, dont nous donnons les formules dans l'Appendice et que le malade fera passer lui-même dans les fosses nasales deux ou trois fois par jour, à l'aide de l'auto-insufflateur de Bryant ; le même genre de remède peut être employé en poudre à priser. Porter[1], de Saint-Louis, regarde comme très avantageux l'usage de prises composées de camphre, d'acide tannique et salicylique. Dans les cas très anciens, les bougies médicamenteuses recommandées pour la première fois par Catti[2] rendent de fort grands services, les bougies en bismuth et celles à l'acétate de plomb (pharmacopée de l'hôpital de la gorge) sont particulièrement efficaces.

S'il existe du gonflement de la muqueuse, on peut introduire chaque jour dans les fosses nasales une bougie en gomme élastique, que l'on laisse en place pendant quelques minutes pour la retirer ensuite. On arrive graduellement à laisser la bougie pendant une heure, et on se sert d'un instrument plus grand à mesure que l'espace devient plus considérable.

Dans certains cas, toutefois, tous les traitements paraissent augmenter l'irritation, tandis qu'on obtient une prompte guérison en laissant en repos la muqueuse. Dans ce but, on doit inviter le malade à ne point se *moucher* avec violence. Les mucosités enlevées de force déterminent, en effet, un afflux considérable de sang, et par conséquent une sécrétion plus abondante. Si le patient éprouve une gêne légère de l'accumulation des mucosités dans le nez, il devra de temps en temps *essuyer* son nez, au lieu de se moucher; la sécrétion diminuera et cessera bientôt d'être désagréable. On devra, autant que possible, prévenir l'éternument de la façon que nous avons déjà indiquée.

[1] Saint-Louis : *Med. and Surg. Journal.* Décembre 1875.

[2] *Zur Therap. d. Nasenkrankeiten.* — *Wien. med. Zeitschr.*, 1876.

Si l'hypertrophie de la muqueuse vient remplacer le coryza, on devra la traiter à l'aide des différents moyens que nous indiquons dans le chapitre suivant[1].

Dans les cas rebelles, en particulier chez les vieillards sujets à cette maladie, on devra employer un traitement reconstituant et tonique, et avant tout leur conseiller le séjour dans un climat sec et chaud. Lorsque l'affection est secondaire, la maladie primitive doit être traitée tout d'abord par les moyens appropriés.

HYPERTROPHIE DE LA MUQUEUSE
DES FOSSES NASALES

Lorsque le coryza chronique dure depuis plusieurs années, et même chez les enfants scrofuleux, lorsqu'il existe depuis quelques mois, on voit survenir parfois un épaississement considérable de la muqueuse. L'hypertrophie peut siéger soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure des fosses nasales. La couleur de la muqueuse hypertrophiée est, en avant, d'un rouge brillant; elle est d'un rouge plus sombre ou d'une teinte pourprée à la partie postérieure des fosses nasales. L'extrémité antérieure et le bord inférieur tout entier du cornet inférieur sont peut-être les parties dans lesquelles siège le plus souvent l'hypertrophie, qui est parfois en ce dernier-point assez considérable pour obstruer le méat inférieur tout entier. L'hypertrophie du cornet moyen est plus rare. Quand le gonflement affecte la partie postérieure des cornets inférieurs, au lieu d'un gonflement plus ou moins uniforme des tissus, il se produit de nombreuses végétations polypoïdes

[1] Pour notre part, nous conseillons de combiner le traitement par les irrigations et les insufflations pulvérulentes. Dans le premier cas les solutions alcalines de Borax, bicarbonate de soude, sel marin remplissent parfaitement le but. Dans le second les poudres astringentes recommandées par l'auteur nous ont toujours paru les meilleurs modes de traitement. (Note des traducteurs.)

rouge sombre, ou pourprées donnant aux cornets un aspect muriforme (fig. 63). Ces tumeurs sont quelquefois décolorées

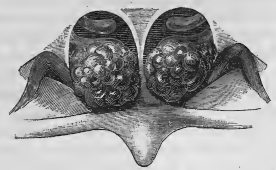


FIG. 63. — Hypertrophie des deux cornets (vue de derrière).

et paraissent sortir des arrière-fosses nasales, près de la luette (fig. 64).

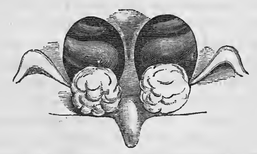


FIG. 64. — Hypertrophie des cornets, variété décolorée (vue de derrière).

Ces excroissances saignent facilement et au moindre attouchement. Que l'hypertrophie siège sur la partie antérieure ou sur la partie postérieure des cornets, si elle est considérable, le gonflement est presque toujours bilatéral et ordinairement symétrique. Accidentellement la cloison peut être gonflée; l'hypertrophie siège alors d'ordinaire en bas et en arrière.

Symptômes. — Les *symptômes* sont les mêmes que ceux du catarrhe chronique ordinaire, mais plus intenses. Le malade est dans l'impossibilité de se moucher, et respire uniquement par la bouche. La voix est constamment nasonnée, et si c'est

un enfant, il garde la bouche toujours ouverte et présente cet aspect hébété, que nous avons déjà décrit (t. Ier) à propos de l'hypertrophie des amygdales. Plusieurs médecins ont fait observer récemment que cette obstruction des fosses nasales donne parfois naissance à des phénomènes réflexes très fatigants, tels que l'asthme, la toux et même l'épilepsie : toutes complications que nous étudierons plus complètement à propos des polypes du nez. Ces phénomènes accompagnent toutefois moins souvent l'hypertrophie des cornets que les polypes. La raison probable de ce fait, ainsi que le fait observer Hack [1], est que dans l'hypertrophie des cornets, la structure des tissus caverneux est altérée, la sensibilité diminue et l'excitabilité réflexe doit être par conséquent amoindrie.

Diagnostic. — Il est facile, car le simple examen avec le miroir et le rhinoscope révèle la véritable nature de l'affection. Toutefois les médecins peu habitués à pratiquer l'examen des fosses nasales, pourront prendre quelquefois pour un polype un simple gonflement de la muqueuse qui recouvre le cornet inférieur. Cependant, l'hypertrophie, presque toujours bilatérale et surtout symétrique, siège sur les cornets *inférieurs* tandis que les polypes véritables s'insèrent ordinairement sur la muqueuse, qui revêt les cornets *moyens* et *supérieurs*, ou sur les méats correspondants. La coexistence des polypes du nez et de l'hypertrophie de la muqueuse est chose fréquente et l'une des deux affections empêche parfois de constater l'autre [2]. Gottstein[3] fait observer qu'il n'est pas toujours possible de distinguer de prime abord, le gonflement dû à une périchondrite chronique, de

[1] *Neue Beiträge zur Rhinochirurgie.* Wien. 1883.

[2] Toutefois pareille erreur est encore assez souvent commise par les praticiens peu habitués à l'examen des fosses nasales et nous conseillons dans les cas douteux soit de chercher avec le stylet le point d'implantation du néoplasme, soit de badigeonner ce dernier avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10. Ce dernier agent sera précieux pour fixer le diagnostic. En effet si l'on a affaire à un polype la tumeur restera la même, tandis que s'il s'agit d'une hypertrophie le badigeonnage fera diminuer notablement et même disparaître momentanément le gonflement de la muqueuse. (Note des traducteurs.)

[3] *Berlin. Klin. Wochenschrift.* 1881, nº 4.

celui qui résulte de l'hypertrophie simple. Dans un cas fort instructif, rapporté par cet observateur, l'aspect de la muqueuse était entièrement semblable à celui qu'elle présente dans l'hypertrophie simple. Mais après une absence de deux mois, le malade, qui n'avait éprouvé aucun changement dans les symptômes, revint avec une destruction considérable à la cloison due à une périchondrite qui existait sans aucun doute longtemps auparavant.

Les altérations morbides, qui sont parfois le résultat du coryza chronique, sont sûrement dues en grande partie à la vascularisation particulière et à la structure caverneuse des cornets. Le cornet hypertrophié présente quelquefois un aspect qui le fait ressembler au lobule du cervelet, mais avec une coloration rose brillant ou rouge foncé. La planche ci-dessous (fig. 65), faite d'après une pièce du « Royal Collège

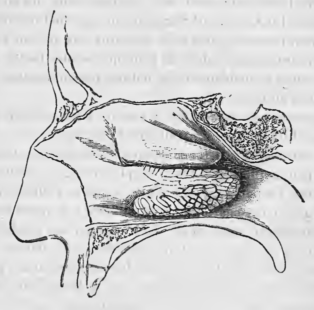


FIG. 65. — Hypertrophie des trois quarts postérieurs du cornet inférieur. D'après le spécimen n° 2201 au « Royal collège of Surgeons' Museum. »
(Les contours du nez ont été dessinés par l'artiste.)

of Surgeons, Muséum », montre bien cette particularité. Les modifications pathologiques ont été étudiées et décrites avec

beaucoup de soin par Bosworth [1] et Seiler [2]. Des recherches de ces deux observateurs, il paraît résulter que les altérations morbides qui se produisent sont semblables à celles qu'on observe ordinairement dans les inflammations chroniques des muqueuses. Ainsi, on constate une prolifération des cellules épithéliales, et bien que ces dernières ne présentent pas une tendance marquée à la desquammation, elles paraissent çà et là subir la dégénérescence graisseuse. La couche conjonctive (basement membrane) est épaissie, la muqueuse présente une infiltration cellulaire très dense ; les glandes et leurs conduits sont obstrués par la prolifération de l'épithélium, les vaisseaux sanguins sont augmentés en grandeur et en nombre, les trabécules et les sinus considérablement agrandis.

Il existe très certainement une connexion intime entre les gonflements de la muqueuse et la production des polypes. Ces deux affections co-existent très fréquemment, on en voit au Muséum of the Collège of Surgeons un très bel exemple que nous avons reproduit plus loin. Certains cas qui ont été classés parmi les hypertrophies de la muqueuse des fosses nasales étaient aussi probablement de nature papillomateuse (voyez papillomes du nez).

Le *pronostic* est favorable. A peu près tous les cas guérissent sous l'influence d'un traitement approprié.

Le *traitement* doit être souvent très énergique, mais dans les cas peu anciens des mesures plus bénignes sont parfois suffisantes, l'usage quotidien d'une sonde en gomme élastique suffit à guérir le malade. On doit se servir d'instruments du plus petit calibre, et au début du traitement ne pas les laisser plus de cinq minutes dans l'intérieur des fosses nasales ; après quelques jours, toutefois, on peut les faire séjourner pendant dix minutes ou un quart d'heure, et au bout d'une semaine de traitement ils sont aisément supportés pendant une demi-

[1] *Trans. Intern. Med. Congress.* London, 1881, vol. III. p. 327 et suivantes et *The New-York medical Record*, 10 juin 1882.

[2] *Philadelphia med. Times*, 14 janvier 1882. Voyez aussi observation d'un cas de ce genre par Thierfelder (*Atlas der path. Histol. Lief*, 1) rapporté par Seiler.

heure. On peut ensuite se servir de bougies plus volumineuses, mais jamais on ne doit user de violence. Les pulvérisations et les irrigations alcalines légères rendent aussi de grands services, à condition d'être employées avec persévérance. On arrête l'éternument à l'aide d'inhalations d'ammoniaque ou d'éther acétique.

Si ces moyens ne réussissent pas, on doit prendre des mesures plus énergiques ; mais, ici, quelques réflexions préliminaires me paraissent utiles. En effet, bien que l'usage du galvano-cautère et du serre-nœud ait permis aux chirurgiens de s'écarter quelque peu de cette règle de l'école : « couper tout ce qui est mou, scier tout ce qui est dur, lier tout ce qui saigne », l'esprit de cette simple instruction me parait avoir dans ces dernières années, influencé quelque peu les jeunes praticiens, et les fosses nasales ont été parfois « émondées » avec un zèle et une énergie digne d'industrieux bûcherons. Il m'a été donné d'observer plusieurs cas dans lesquels des mesures énergiques avaient été antérieurement conseillées et regardées comme urgentes par d'autres, et dans lesquels j'ai obtenu une complète guérison, en faisant simplement disparaître les causes d'inflammation et par l'usage persévérant d'une douce dilatation. Je voudrais aussi prévenir quelques-uns de mes jeunes *confrères*, que l'aspect de l'intérieur des fosses nasales à l'état de santé varie beaucoup avec les différents individus et qu'il n'est pas nécessaire, lorsqu'il n'en résulte aucun inconvénient, de rendre aux cornets leur symétrie géométrique, ou de chercher à donner à la muqueuse un aspect vraiment artistique [1]. Mais tout en les détournant d'une intervention intempestive, je ne puis nier cependant, qu'il est des cas où la guérison ne peut être obtenue qu'à l'aide d'un traitement énergique.

[1] Nous partageons absolument les vues de l'auteur et comme lui nous croyons que trop souvent l'on coupe ou l'on résèque; l'on invente des instruments énormes pour des cas où un traitement léger et bien anodin suffirait pour rendre facile la respiration par le nez. Ce n'est point l'esthétique des fosses nasales qui doit guider la main du chirurgien, mais la nécessité de rétablir par un moyen approprié le passage de l'air par les fosses nasales. (Note des traducteurs.)

Lors donc que l'hypertrophie aura résisté à tous les modes de traitement que nous avons recommandé ci-dessus, on devra détruire sur place ou enlever les tissus hypertrophiés. La méthode la plus simple et la plus efficace est la destruction au galvano-cautère. Si le gonflement siège à la partie antérieure des fosses nasales, on doit écarter les narines avec un spéculum et détruire soigneusement la muqueuse avec la pointe ou l'anse galvanique rougie (voy. vol. Ier, p. 692, fig. 115) ou faire une série de lignes de feu à l'aide de la lame aplatie du galvano-cautère. Si le gonflement occupe la portion centrale des cornets, l'électrode de Löwemberg (fig. 44) donnera de bons résultats; enfin, lorsque le gonflement occupe la partie postérieure du cornet moyen, l'instrument de Lincoln (fig. 45, p. 59) rend de très grands services. Lorsqu'on use du galvanocautère, on doit, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, éviter de se servir d'un bouclier protecteur, les quelques avantages que présente cet instrument ne compensant pas la perte d'espace et le rétrécissement du chant visuel qui résulte de son emploi. Parfois cependant, alors que l'hypertrophie est très considérable, il peut être utile de s'en servir; dans ces cas-là, l'instrument de Shurly (voir p. 34) me paraît le meilleur. Au lieu du galvano-cautère, on peut se servir du thermo-cautère de Paquelin, modifié par Goodwillie[1], mais comme l'instrument est introduit rouge dans les fosses nasales, il pourra plus facilement que le galvano-cautère, déterminer des accidents ; aussi devra-t-on s'en servir rarement sans anesthésie préalable.

Ceux qui ne possèdent ni cet instrument ni un appareil électrique convenable pourront combattre l'hypertrophie des cornets à l'aide de la pâte de Londres (Pharm. de l'hôp. de la gorge), de l'acide acétique cristallisé ou du nitrate d'argent. De ces caustiques, les deux premiers pourront être appliqués avec la spatule pharyngienne (vol. Ier, p. 15), tandis que le nitrate d'argent sera mis en contact avec les tissus hypertrophiés, soit à l'aide de l'instrument de Schrötter (fig. 21, p. 37),

[1] Beverley Robinson : *Practical Treatise on Nasal Catarrh*. New-York, 1880, p. 3.

soit avec celui d'Andrew Smith (fig. 22, p. 38), ou bien avec le porte-ouate d'Allen (p. 38). Bosworth [1] préfère à tous les autres caustiques l'acide acétique cristallisé. Sajous [2] aussi recommande vivement ce remède.

Au lieu de détruire les tissus hypertrophiés, on peut les enlever par une opération sanglante. Dans ce but on se servira soit d'un serre-nœud, soit de pinces à griffes. L'écraseur de Jarvis [3] (p. 55) est un bon instrument, celui de Mackenzie donnera, lui aussi, d'excellents résultats. Lorsque la partie antérieure de l'un des cornets est hypertrophiée, on doit le perforer à l'aide d'une aiguille montée. L'anneau de l'écraseur passe alors sur l'aiguille et sectionne graduellement la muqueuse hypertrophiée. Si l'extrémité postérieure du cornet est atteinte, on doit, avant d'introduire le serre-nœud dans le nez, lui donner une courbure telle qu'il puisse glisser à travers la fosse nasale, au-dessus de la masse hypertrophiée, jusque dans la cavité naso-pharyngienne. Deux ou trois trous de l'écrou de Jarvis, ou une légère pression sur le ressort de mon instrument, suffisent pour assujetir la tumeur, et si l'on craint l'hémorrhagie, on sectionnera lentement en interrompant l'opération de temps en temps pour ne la compléter qu'au bout d'une demi-heure ou d'une heure. Dans ces cas-là, il est beaucoup plus facile d'enlever les tissus hypertrophiés, l'écraseur étant introduit par les fosses nasales, que de les détruire à travers la cavité naso-pharyngienne. Beverley Robinson [4], à plusieurs reprises, a enlevé avec succès l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, à l'aide de ses puissantes pinces dentées (p. 50), mais ce traitement me paraît plus douloureux que le traitement par le galvano-cautère ou l'écraseur [5].

---

[1] *Diseases of the Throat and Nose.* New-York, 1881, et *New-York Medical Record,* 10 juin 1882.

[2] *Med. and Surg. Reporter.* 31 décembre 1881.

[3] *New-York, medical Record,* 1881.

[4] *Op. cit.,* p. 114.

[5] Aux praticiens qui n'ont pas de galvano-cautère on peut recommander l'emploi de cautérisations à l'acide chromique faites d'après le pro-

CORYZA SEC[1] CONDUISANT SOUVENT A L'OZÈNE[2]

Latin Eq. — Catarrhus siccus abiens sæpè in ozænam.
Anglais Eq. — Dry Catarrh often leading in ozæna.
Allemand Eq. — Trockener Katarrh oft in ozaena übergehend.
Italien Eq. — Catarro secco producendo spesso l'ozcna.

Définition. — *Inflammation chronique de la muqueuse nasale, dans laquelle le liquide clair sécrété, au lieu de s'écouler hors des fosses nasales, se dessèche à la surface, donnant lieu à des masses de mucus concrété sous forme d'écailles ou de croûtes verdâtres ou brunes; la facilité avec laquelle elles se décomposent, donne naissance à une odeur dégoûtante et caractéristique, connue sous le nom d'ozène. Il existe souvent en même temps*

cédé du Dr Hering. (*Revue mensuelle de Laryngol. d'otol.*, etc., nos 5 et 6 mai et juin 1884.) Cet auteur conseille, en effet, de placer à l'extrémité d'une sonde d'argent ou de verre un très petit fragment d'acide, que l'on chauffe légèrement à la flamme d'une lampe à alcool. Le caustique perdant son eau vient se figer à l'extrémité de la sonde sous la forme d'une masse gluante, ayant une grande analogie avec la préparation inflammable des allumettes suédoises. De cette manière non seulement on localise assez exactement l'action de l'acide chromique, mais on fait une cautérisation tout à fait indolore. Une injection consécutive de solution légèrement alcaline enlève ensuite l'excès du caustique. (Note des traducteurs.)

[1] Malgré les récentes critiques de Virchow (note lue devant la Société de médecine de Berlin, 24 janvier 1883. *Med. Press. and circ.* 11 avril 1883, p. 312), basées principalement sur des considérations étymologiques, la dénomination de « coryza sec » nous a paru si bien convenir à la maladie que nous n'avons pu nous dispenser de l'employer. Le coryza sec n'en reste pas moins un catarrhe dans lequel la sécrétion ne « s'écoule pas au dehors » en raison de la facilité avec laquelle elle se coagule. En d'autres termes cette dénomination évite l'emploi d'une longue périphrase.

[2] Ὄζη, odeur. Forcellini (*sub voce*) fait observer que le terme dans son sens médical dérive d'un poisson, *ozæna*, « ex polyporum genere caput habens gravissimi odoris »; il paraît toutefois plus probable que le nom du poisson et celui de la maladie dérivent du même mot.

une atrophie des cornets et des os sous-jacents, tandis que les voies nasales et les méats sont considérablement agrandis [1].

Historique. — Les rapports qui existent entre le coryza sec et l'ozène ont été reconnus dans les temps modernes seulement, mais le terme *ozène* est un des plus anciens en médecine. Employé comme expression technique par les écrivains grecs et latins, il ne signifiait pas seulement puanteur, mais impliquait encore l'idée d'ulcération nauséabonde de l'intérieur des fosses nasales. Pline [2] indique le traitement de l'ozène (ulcère) du nez, et Celse [3] rapporte que les médecins grecs appliquaient ce terme aux ulcérations fétides du nez, accompagnées de croûtes. Le sens étymologique de ce terme fut toutefois bientôt oublié, car un siècle et demi après Celse, Galien [4] distingue deux espèces d'ozène : l'une caractérisée simplement par une ulcération rebelle des fosses nasales, l'autre par un ulcère accompagné d'une odeur désagréable. Paul d'Egine [5] définit l'ozène une « carie et une ulcération putride produite par saturation (des narines) d'humeurs âcres ». Aetius [6] considère l'ozène comme un ulcère, et conseille de le traiter au moyen d'insufflations faites dans les narines, à l'aide d'un roseau, ou par des bourdonnets de charpie enduits des substances médicamenteuses et introduits dans les fosses nasales. Alexandre Trallianus [7], au sixième siècle, mentionne la maladie, mais se borne à rapporter les paroles de Galien. Au douzième siècle, Actuarius [8] donne une description très claire des conditions qui amènent la décomposition des sécrétions, sans indiquer l'ulcération comme une condition nécessaire de la maladie. Ambroise Paré [9] se contente, lui aussi, de reproduire les paroles de Galien, décrivant fort au long la composition d'un remède dont l'*urine* d'*âne* paraît avoir été le principal ingrédient.

[1] Comme l'atrophie est la lésion caractéristique et prédominante de l'ozène, nous préférons la dénomination de *coryza atrophique*, qui nous semble la plus appropriée à cette affection si spéciale des fosses nasales. (Note des traducteurs.)

[2] *Hist. nat.*, 25, 13, 102.

[3] *De Medicinâ*, lib. VI, cap. VIII.

[4] *De compos. pharmacorum sec. locos*, lib III, c. III.

[5] *Opera*, lib. III, c. XXIV.

[6] *Tetrabiblos*, II, sermo II, cap. XC.

[7] *De arte medicâ*, lib. III, cap. VIII.

[8] *De methodo medendi*, lib. II, cap. VIII.

[9] *Chirurgie*, liv. II, chap. XV.

Au commencement du dix-septième siècle, Johannes Crato[1] devance d'une façon remarquable la doctrine la plus moderne au sujet de la nature de l'ozène. Voici quelles sont ses paroles : « Imo in catarrhosis *pituitam putrescere*, et putridum quiddam eos expirare indicio sunt coryzæ habitu etiam contagiosæ. » Cette affection paraît avoir été familère à Fabrice d'Acquapendente[2] ; il la considère comme une ulcération de l'intérieur des fosses nasales, liée souvent à la syphilis, mais n'en dépendant pas nécessairement. Sir Thomas Mayern[3] indique plusieurs remèdes pour le traitement de cette maladie qu'il considère, lui aussi, comme étant due le plus fréquemment à une infection vénérienne, mais résultant dans certains cas « ab humoribus acribus et salsis ». A la fin du dix-septième siècle Vieussens[4] enseignait que le « fœtor narium », ozène, dans le sens moderne, résulte de la fermentation putride que peuvent subir les sécrétions de la muqueuse, lorsqu'elles sont retenues trop longtemps dans l'intérieur des fosses nasales ou dans les sinus voisins. Quelques années après, Reininger[5] soutenait que la décomposition des mucosités dans l'intérieur des sinus ethmoïdaux, sphénoïdaux, frontaux, et de l'antre d'Higmore, déterminait souvent un ozène incurable. Günze[6] publiait quelques bonnes observations portant principalement sur les cas où l'odeur était due à une maladie des sinus qui s'ouvrent dans le nez. Ce sujet a été, comme tout ce qui concerne le nez, traité par Cloquet avec son érudition ordinaire dans l'ouvrage que nous avons eu déjà l'occasion de citer[7].

Cazenave[8], de Bordeaux traite la question au point de vue scientifique, aussi parfaitement que le permettaient les moyens imparfaits de diagnostic dont il pouvait alors disposer ; Trousseau[9], tout en se refusant à donner lui-même une théorie de l'ozène, en décrivit les particularités cliniques avec une clarté remarquable, et les conseils qu'il donne pour le traitement, sont empreints de son bon sens

[1] *Epist. Philos. Medic.* Hanoviæ, 1610, épist. CVI, p. 188.

[2] *Opera chirurgica.* Lugd. Batavorum, 1723, p. 444 et suivantes.

[3] *Praxeos Mayernianæ syntagma.* Londini, 1690, vol. I, cap. XVI, p. 89 ; et aussi vol. II, p. 261 et suivantes.

[4] *De cerebro*, cap. XVI ; dans Leclerc et Manget. Bibliothèque anatomique. Genève, 1699, t. II, p. 159.

[5] *Dissertatio inaug. de cavitatibus ossium capitis.* Altorf, 1722, § XXXIX, p. 31.

[6] *Obs. ad ozænam maxillarum.* Lipsiæ, 1753, p. 8.

[7] *Osphrésiologie.* Paris, 1821.

[8] *De l'ozène non-vénérienne.* Paris, 1831.

[9] Leçons de clinique médicale. *Syd. soc. Trans.*, 1870, vol. III, p. 59 et suivantes.

ordinaire. La connaissance de cette affection fit un grand progrès avec Otto-Weber[1], qui le premier fit observer que l'ozène n'était qu'un symptôme, et qu'il serait peut-être préférable de laisser de côté cette expression, qui ne sert qu'à voiler un diagnostic imparfait, ou tout au moins de la réserver pour les cas où il n'existe aucune trace d'ulcération. Dans ces dernières années, le perfectionnement des méthodes et les moyens d'investigation mis en usage pour l'examen du nez ont poussé les médecins à s'intéresser d'une façon plus active aux maladies de cet organe, aussi a-t-on publié bon nombre de monographies fort bien faites ayant trait à l'ozène. Nous ne pouvons que mentionner ici les travaux de Schrotter[2], Zaufal[3], Tillot[4], Michel[5], B. Frankel[6], Rouge[7], Gottstein[8], Cozzolino[9], E. Frankel[10], Beverley Robinson[11], Stoerk[12], Franks[13], Schaffer[14], Martin[15], Krause[16], et Massei[17]. Nous rapporterons en détail dans le cours de l'article les opinions de chacun de ces auteurs, mais je crois utile de faire observer que la théorie de Crato et de Vieussens, ainsi que les remarques plus détaillées d'Otto-Weber passèrent à peu près inaperçues jusqu'au jour où Frankel insista de nouveau sur cette idée que le terme ozène, si on le conservait, devait être exclusivement réservé aux cas de coryza dans lesquels la décomposition des sécrétions rete-

[1] *Von Pitha u. Billroth.; Chirurgie.* Bd III, Abtheil. 2 Heft. Erlangen, 1866, p. 187.

[2] *Jahresbericht der Klinik für Laryngoscopie.* Wien, 1871; *ibid*, 1873-75.

[3] *Aerzt. Correspondenzblatt,* 1874, n° 33; *ibid.*, 1877, n° 24.

[4] *Annales des maladies de l'oreille* etc., 1875, t. Ier, p. 112 et suivantes.

[5] *Krankheiten der Nasenhohle.* Berlin, 1876.

[6] *Ziemssen's cyclopædia.* 1876, vol. IV, p. 136 et suivantes.

[7] *Compte rendu et mém. du cong. des sc. méd. de Genève.* 1877.

[8] *Breslau. Aerztliche Zeitschrift.* 27 septembre 1879.

[9] *Ozena e pseudo-ozeni.* Napoli, 1879; voir aussi, *Ozena et sue forme cliniche.* Napoli, 1881, par le même auteur.

[10] *Virchow's Archiv.* Bd. LXXV. 1 Heft, 1879.

[11] *Nasal catarrh.* New-York, 1880, p. 74, et suivantes.

[12] *Laryngoscopie and rhinoscopie.* Wien, 1880.

[13] *Dublin. Journ. of. Med. science.* Juin 1881.

[14] *Monatsschrift für Ohrenheilkunde,* 1881, n° 4.

[15] *De l'Ozène vrai.* Thèse de Paris, 1881.

[16] *Wirchow's Archiv.* 1881; et, *Trans. Intern. Med. Congress* London. 1881, vol. III.

[17] *Giornal Internaz. delle science Mediche,* Anno IV, Napoli, 1882.

nues dans les fosses nasales donnait lieu à une odeur désagréable. Ce fut pour ainsi dire une ère nouvelle dans l'histoire de la maladie. Cette façon d'envisager l'ozène a été approuvée, depuis lors, par Bewerley Robinson et Gottstein; tous les deux ont donné de fort bonnes indications pour le traitement de cette rhinopathie.

Etiologie. — Le coryza sec est assez commun à la période moyenne de la vie, mais il donne rarement lieu à l'ozène chez les adultes ; de fait, au cours d'une pratique de vingt années, je n'ai pu observer que cinq cas dans lesquels l'ozène avait *débuté* après trente ans. L'un des malades était une dame âgée de cinquante-trois ans, un autre un homme âgé de cinquante-sept ans. Les trois autres malades avaient de trente à quarante-ans. D'autre part, chez les enfants et les adolescents, particulièrement à l'époque de la puberté, le coryza sec aboutit si rapidement à l'ozène, que l'état parcheminé de la muqueuse passe souvent inaperçu, jusqu'au jour où l'odeur fétide vient attirer l'attention.

L'ozène est généralement considéré comme une affection d'origine *constitutionnelle*, et ceux qui veulent être plus précis le rattachent aux diathèses *strumeuse* ou *syphilitique*. Schäffer emploie le terme ozène dans un sens un peu plus large et fait observer que la riche vascularisation des nombreuses glandes de la muqueuse de Schneider, par le tissu caverneux des cornets qu'elle contient, constitue une condition très favorable au développement d'une dyscrasie, et il considère l'ozène comme toujours dû à la strume ou à la syphilis héréditaire ou acquise. Sur 119 cas[1], cet auteur en a trouvé 99 d'origine strumeuse ou syphilitique. Deux d'entre eux étaient dus clairement à la syphilis héréditaire.

Dans l'un de ces deux cas, le malade mourut à quatre mois: il présentait du pemphigus à la plante des pieds ainsi que des ulcérations aux bords des narines en même temps qu'un écoulement fétide des fosses nasales. Dans le second cas, les

[1] Schäffer rapporte 123 cas mais comme dans quatre d'entre eux, il existait « une maladie des os » je ne crois pas devoir les faire entrer dans ma définition de l'ozène. Dans la statistique de Schäffer la maladie était une fois et demi plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

symptômes débutèrent chez un enfant âgé de cinq ou six semaines, et furent amendés par le traitement mercuriel aidé d'applications locales, qui avait été employé sans succès dans le premier cas. Schrötter et Stoerk emploient le terme ozène avec le sens vague, qu'il avait autrefois, et nous ne devons accepter qu'avec une certaine réserve le résultat de leur expérience personnelle.

Sur 77 cas, rapportés par Schrötter, 34 paraissent d'origine syphilitique, 10 d'origine strumeuse, l'étiologie des autres ne put être établie, dans deux excepté, où l'ozène était d'origine traumatique. Stoerk pense que l'ozène est toujours syphilitique ; mais, lorsqu'il se produit quelque temps après la naissance, il n'est pas souvent facile d'établir son origine héréditaire, et c'est dans ces cas-là que les médecins se retranchent derrière la théorie de la scrofule. Sur 12 cas examinés par Gottstein, deux seulement pouvaient être rattachés à la scrofule, tandis que dans les autres il n'existait pas la moindre trace de syphilis.

Quant à moi, je ne puis considérer cette affection comme étant d'origine constitutionnelle dans la véritable acception du mot. Bien qu'il soit très probable que la scrofule produise une prédisposition au catarrhe et le rende plus rebelle au traitement lorsqu'elle coexiste avec lui, je ne puis me résoudre à la considérer comme la vraie cause de la maladie. Chez les adultes, le coryza sec ne se manifeste pas spécialement chez les strumeux.

J'ai rencontré seulement trois cas dans lesquels la syphilis héréditaire pouvait être évidemment incriminée, et je n'en connais que trois dans lesquels l'ozène, *sans ulcération*, a accompagné la syphilis acquise. Mais, comme la maladie survient fréquemment chez des personnes saines, il est évident qu'elle peut aussi survenir chez les syphilitiques[1].

[1] Nous ne saurions admettre non plus que la syphilis soit la cause de de l'ozène vrai, c'est-à-dire du coryza atrophique, et si quelques auteurs ont incriminé cette diathèse, c'est évidemment parce que chacun d'eux envisage l'ozène à sa manière et applique cette qualification à des maladies qui n'ont de commun avec l'affection qui nous occupe ici, que l'odeur fétide répandue par le malade. (Note des traducteurs)

L'ozène atteint souvent tous les enfants d'une même famille, il n'est cependant pas contagieux. A l'appui de mon assertion, je puis citer bon nombre d'exemples et en particulier le cas de nourrices, vivant dans la même famille pendant des années sans que les enfants confiés à leurs soins soient le moins du monde affectés.

La cause occasionnelle immédiate du coryza sec est souvent sans aucun doute l'entrée dans le nez de particules irritantes en suspension dans l'atmosphère. Certaines particularités, telles que la grandeur démesurée des orifices du nez, leur béance, leur direction en avant, ou l'absence de vibrisses, favorisant l'entrée des particules irritantes, prédisposent au coryza sec. En d'autres termes, toutes les causes qui empêchent l'expulsion hors des fosses nasales des sécrétions morbides, tendent à produire la maladie, et en particulier, certaines modifications de forme de la cavité nasale, qui s'opposent à la libre circulation de l'air dans leur intérieur. Ainsi, les saillies[1] osseuses ou cartilagineuses ou une déviation de la cloison, peuvent apporter un obstacle mécanique à la sortie des sécrétions hors des fosses nasales. Une perforation de la cloison, en diminuant la force du courant d'air, dans chacune des fosses nasales, favorise aussi la rétention des mucosités. Il est encore facile de comprendre qu'il doit exister une certaine relation de grandeur, entre les fosses nasales et leurs orifices externes, et que si l'intérieur du nez est trop spacieux, le courant d'air ne suffira plus à débarrasser toutes les parties des fosses nasales. La petitesse relative des cornets, exerce aussi une influence fâcheuse, et Zaufal estime que l'ozène est dû à une insuffisante grandeur des cornets osseux (spongy bones). Nous insisterons davantage sur ces diverses opinions quand nous traiterons de l'anatomie pathologique de la maladie.

Les conditions précises qui font que les sécrétions se des-

[1] Les tumeurs dures qui donnent lieu à une *ulcération* introduisent dans le sujet un élément nouveau, et les cas de ce genre ne peuvent être classés parmi les cas d'ozène vrai. Les tumeurs molles, les polypes par exemple, amènent une hypersécrétion qui, en raison de l'irritation constante, n'aboutit pas à l'ozène.

sèchent et deviennent adhérentes sont inconnues; mais, selon toute probabilité, elles résultent de modifications dans la constitution chimique du liquide lui-même. Ranvier[1] a montré que, dans le coryza aigu, il se produit une abondante desquammation de l'épithélium à cils vibratiles, et il est possible, ainsi que le fait observer Solis-Cohen[2], que l'absence d'éléments ciliés, ainsi rejetés au dehors, puisse amener une stagnation des sécrétions sur la muqueuse, et, par conséquent, la formation de croûtes à sa surface. Frankel[3] pense que la dessication rapide est due à la richesse en éléments cellulaires, et à l'absence relative d'eau dans la sécrétion, et que la dessication est encore activée par le malade qui néglige de se moucher suffisamment. Il admet, toutefois, que, dans ces cas-là, l'excitabilité réflexe peut être amoindrie et l'activité des cils vibratiles diminuée.

On ignore pour quelle cause, dans certains cas, la rétention des sécrétions donne naissance à l'ozène et ne le produit pas dans d'autres. Il peut se faire qu'en certaines circonstances les mucosités, bien que desséchées, ne *séjournent* pas assez longtemps dans les fosses nasales pour s'y décomposer, ou bien l'odeur, ainsi que Vieussens d'abord, Frankel ensuite, l'ont fait observer, est-elle la conséquence de fermentations qui se produisent dans certains cas et non dans d'autres. Dans un travail plus récent sur ce sujet, Frankel paraît avoir abandonné cette idée, et il attribue l'odeur à la décomposition. Je serais porté à admettre de préférence la première hypothèse, car, dans certains cas, l'odeur survient trop rapidement pour être le résultat d'une simple putréfaction. Ainsi, après une irrigation nasale faite avec soin, chez une personne atteinte d'ozène, l'odeur cesse souvent pour quelques heures, pour se produire de nouveau après un si court espace de temps que, bien que la fermentation ait pu se produire, il ne peut y avoir eu une véritable décomposition. Franks et Krause admettent que

[1] *Lancet*, 1874, vol. I, p. 687.

[2] *Med. News and Library*, october 1879.

[3] *Ziemssen's cyclopaedia*, vol. IV, p. 138.

l'odeur est due à la dégénérescence graisseuse des cellules de la muqueuse, les globules graisseux devenant ensuite acides (voyez l'*Anatomie pathologique*).

Certains auteurs ont soutenu que l'odeur caractéristique n'existait jamais sans une atrophie réelle des petites glandes contenues dans le tissu sous-muqueux qui revêt les fosses nasales. Cette atrophie existe ordinairement, on ne peut le nier, mais ce n'est pas une règle absolue ; je puis affirmer avoir observé plusieurs cas d'ozène dans lesquels je n'ai pu découvrir la moindre trace d'atrophie. Gottstein[1], qui a généralement trouvé de l'atrophie, a, lui aussi, rapporté un cas d'ozène coïncidant avec de l'hypertrophie. On peut admettre toutefois que, dans ce cas-là aussi bien que dans ceux que j'ai observés, il existait à côté de l'hypertrophie certains points atrophiés inaccessibles aux regards.

Michel et Reininger, indépendamment l'un de l'autre sont arrivés à la même opinion, que la maladie est due à une inflammation suppurée, chronique des cellules sphénoïdales et ethmoïdales, et que c'est le liquide qui s'écoule de ces cavités qui donne lieu à la formation des croûtes caractéristiques.

Bien qu'il puisse en être ainsi quelquefois, ces cas ne sont certainement pas communs, et n'ont jamais été constatés dans les différentes autopsies faites par Hartmann[2], Krause[3], et Gottstein (voy. *Anatomie pathologique*). Massei pense que l'odeur particulière dépend d'une transformation spécifique des produits de sécrétion, et que cette altération est probablement due à des changements dans la constitution chimique de la mucine, qui se produisent au moment où le mucus passe à travers l'épithélium. Cette opinion nous paraît être une simple vue de l'esprit, pour ne pas dire plus. On pourrait désirer peut-être de voir mentionner ici les théories des rhinologistes modernes, mais ce serait là une tâche difficile. En raison

[1] *Breslau: Aerzt. Zeitschrift*, septembre 1879.

[2] *Deutsche med. Wochenschrift*, 1878, n° 13.

[3] *Trans. Intern. Med. Congress.* Londres, 1881, vol. III, p. 311 et suivantes.

de ce fait que le terme ozène continue à être appliqué à des affections complètement différentes. Maladies des os, ulcérations fétides, décompositions des sécrétions, donnent toutes naissance à une odeur repoussante, mais il ne peut y avoir qu'un intérêt médiocre à réunir, sous le même vocable, des affections si variées, par ce seul fait qu'elles ont un symptôme commun. Cependant, et pour montrer l'inconvénient d'une telle classification, nous devons faire observer que, dans chacun de ces différents cas, l'odeur est tout à fait différente. L'odeur qui résulte d'une affection des os du nez est la même que celle qui est produite par la maladie de n'importe quel os du squelette, mais elle paraît plus forte dans le premier cas, en raison de la position superficielle du nez, qui est la source de l'odeur et aussi parce qu'elle est constamment répandue au dehors par l'expiration; mais il est difficile de trouver quelque avantage à désigner sous le nom d'ozène l'odeur qui provient d'une lésion des os du nez. Je partage complètement l'avis de Frankel[1], à savoir que, si l'on conserve cette dénomination, on doit la consacrer exclusivement aux cas où, en l'absence d'ulcérations ou d'une affection des os, l'odeur se produit sous l'influence de modifications subies par les sécrétions retenues dans le nez.

Symptômes. — Les symptômes subjectifs du *coryza sec* varient suivant le siège et l'intensité de la maladie. Lorsque l'affection est limitée à la partie antérieure des cavités nasales, elle ne cause d'ordinaire qu'une gêne légère, le malade n'éprouve qu'une faible sensation de chatouillement avec envie fréquente de se moucher. Dans les cas graves cependant, l'irritation est si considérable, que le patient ne peut s'empêcher de gratter et d'écorcher la cloison qui est le siège principal de la démangeaison. Dans ces cas-là, le malade blesse souvent la muqueuse du nez dans une étendue assez grande pour déterminer des ulcérations, et j'ai observé plusieurs cas dans lesquels des perforations de la cloison avaient été ainsi produites.

[1] *Ziemssem's Cyclopædia*, vol. IV, p. 138.

A l'examen des fosses nasales antérieures[1], l'observateur est ordinairement frappé de la grandeur des cavités et de la petitesse des cornets. Et de fait, dans les cas anciens la cavité nasale est assez considérable pour qu'on puisse voir, les ailes du nez étant simplement écartées à l'aide du speculum, non seulement la paroi postérieure du pharynx, mais encore l'orifice des trompes d'Eustache. On peut apercevoir, adhérentes à la cloison, aux cornets, les croûtes brun jaunâtre ou brunes de mucus concrété.

Les fosses nasales une fois nettoyées à l'aide de vapeurs détersives, la muqueuse apparaît considérablement congestionnée, mais si on l'examine vingt minutes ou une demi-heure après, la membrane, bien que gonflée, est ordinairement pâle.

Parfois, quand les croûtes se détachent, la muqueuse saigne légèrement, quelquefois aussi, mais rarement, le mucus concrété adhère à la surface d'ulcérations superficielles. Il est important de bien se convaincre que l'ulcération est une com-

[1] Ce qui frappe tout d'abord chez les malades atteints du coryza atrophique, que j'appelerai *type*, c'est leur aspect extérieur, l'apparence de leur visage et en particulier la forme de leur nez. Ils offrent, en effet, tous les signes extérieurs de la scrofule et ce que l'on est convenu d'appeler le facies strumeux (lèvres épaisses, joues bouffies, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, etc., etc.) ; les os propres du nez, au lieu de former une sorte d'arête comme à l'état normal, sont au contraire enfoncés au-dessous du frontal, et la saillie habituelle de la naissance du nez est remplacée par une dépression plus ou moins prononcée ; de telle sorte que bien souvent l'orifice des narines, au lieu de regarder directement en bas, se dirige un peu plus avant, la pointe du nez étant parfois assez fortement relevée. En un mot, les malades ont ce que Zaufal appelle, avec juste raison, le nez en forme de selle.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer, selon les personnes, une apparence délicate qui trouve sa raison d'être (Michel), dans l'affaiblissement que détermine leur sécrétion abondante et l'infection de l'air qu'elles inspirent. Souvent aussi les malades atteints d'ozène ont l'humeur triste, surtout lorsqu'ils comprennent que la mauvaise odeur qu'ils répandent, fait le vide autour d'eux.

Il est assez habituel de voir les malades se plaindre de céphalalgie frontale, ou tout au moins d'une pression douloureuse au-dessus des yeux ; souvent aussi ils ressentent de la sécheresse dans la gorge et de la gêne lorsqu'ils avalent à vide. (Note des traducteurs, *Manuel des maladies des fosses nasales* du Dr E. J. Moure. Paris, 1886.)

plication accidentelle, mais n'accompagne pas nécessairement la maladie.

Les symptômes de l'*ozène* sont les mêmes que ceux que nous venons de décrire à propos du coryza sec, mais accompagnés d'une odeur fétide particulière. Dans les formes ordinaires d'ozène, on observe les croûtes de mucus desséché précédemment décrites. Dans quelques cas, cependant, il existe des masses arrondies ou ovales, ayant deux ou trois centimètres de long, et un ou deux centimètres de largeur. Elles se forment lentement et sont expulsées à des intervalles qui varient entre sept et dix jours. Ces masses d'ordinaire ont une couleur blanc sale ou noirâtre, mais elles peuvent être brunes et même noires, leur couleur dépendant de la durée du temps pendant lequel elles ont séjourné dans les fosses nasales, et aussi de circonstances accidentelles, elles peuvent être colorées, par exemple par des particules de charbon en suspension dans l'air ou encore par de légères épistaxis [1]. Elles ont parfois une certaine consistance, molles à l'extérieur, mais sèches et très dures au centre. Il est possible que, lorsqu'elles ont acquis un certain développement, elles excitent, par leur pression sur la muqueuse, une exagération des sécrétions qui facilite leur expulsion. Lorsqu'elles se forment dans le nez, ces masses se produisent près de la voûte, au voisinage du cornet supérieur; elles s'accumulent parfois cependant dans la cavité nasopharyngienne.

Il serait utile sans nul doute de décrire l'odeur de l'ozène, mais je ne connais d'autres modes de description d'une odeur que de la comparer à une autre, et ici il n'en est aucune qui présente avec cette dernière la moindre analogie [2].

[1] Gallway (*Lancet*, 15 octobre 1859) rapporte un cas assez extraordinaire, il s'agit d'une femme qui moucha un jour une poussière noire, sèche, ayant l'aspect de la suie, et insoluble dans l'eau. Le fait se reproduisit cinq fois dans l'espace de neuf mois et n'était accompagné ni de douleur ni de maladie d'aucun genre. La malade ne s'était jamais servi de charbon de bois. Nous pouvons ajouter que cette femme d'un tempérament nerveux était âgée de trente-cinq à quarante ans.

[2] En France, en dehors des synonymes que nous avons placés en tête de cet article, on donne à la maladie le nom de *punaisie*, et quelques

Diagnostic. — Il est fort important de distinguer l'ozène véritable, c'est-à-dire le coryza sec avec sécrétions fétides, des cas où il existe des ulcérations de la muqueuse ou une maladie des os. L'examen minutieux à l'aide du speculum permettra d'ordinaire à l'observateur de découvrir une altération morbide quelconque du squelette. Mais Eugène Frankel a démontré que dans quelques cas, la nécrose est si légère qu'elle passe inaperçue pendant la vie. Des pulvérisations nasales, à l'aide d'un liquide détersif, suffiront d'ordinaire à faire complètement disparaître l'odeur si l'on a affaire à un ozène vrai; mais, si l'os est malade, l'odeur quoique moins forte persistera encore. Il existe des écoulements fétides dans le cancer du nez, dans la tuberculose de la muqueuse des fosses nasales, dans le *lupus exedens* de la menbrane de Schneider; mais ces maladies sont heureusement fort rares et la connaissance de leurs principaux signes distinctifs empêcheront le praticien de les confondre avec un simple ozène. Si l'on constate l'existence d'une odeur très forte venant des fosses nasales, on devra rechercher attentivement s'il n'existe pas de corps étrangers, car l'on a souvent cité des faits dans lesquels un corps étranger avait simulé l'ozène. Tillaux [1] en rapporte un exemple remarquable, dans lequel il s'agit d'un noyau de cerise introduit dans les fosses nasales, qui avait donné naissance à une odeur semblable à celle de l'ozène, odeur qui disparut après l'ablation du noyau, deux ans après son introduction. Holmes Coote [2] a publié aussi plusieurs faits, dans lesquels on constata que l'écoulement fétide des fosses nasales dépendait, dans un cas, de la présence d'un noyau de prune; dans un autre, de

auteurs affirment, qu'il dérive du terme *punaise* et que l'odeur de l'ozène et celle qui se produit lorsqu'on écrase l'insecte, sont les mêmes. Mais il n'existe aucune analogie entre ces deux odeurs, et il est probable que ces deux mots *punaise* et *punaisie* dérivent du même terme, *puer*. Toute personne qui a senti une fois l'odeur de l'ozène, la reconnaîtra toujours facilement dans la suite.

[1] *Bull. de la Soc. de chir.* 26 janvier 1876.

[2] *Holmes's system of Surgery.* London, 1870, 2e édit., vol. II, p. 423, 424.

celle d'un bouton de chaussure. Leur expulsion fit disparaître l'odeur[1].

Anatomie pathologique. — A propos de l'étiologie, nous nous sommes étendus assez longuement sur les modifications qui se produisent dans le coryza sec et l'ozène. L'atrophie paraît avoir toujours dans cette affection un caractère secondaire, en d'autres termes, les modifications anatomiques présentent un caractère en quelque sorte cirrhotique, et résultent d'un gonflement inflammatoire antérieur. Les récentes recherches de Zuckerkandl[2] démontrent que non seulement les tissus mous, mais encore la partie osseuse des cornets deviennent plus minces, plus élastiques, plus unies et plus petites. La muqueuse se resserre et devient ridée, le tissu érectile disparaît et la muqueuse du revêtement mince, pâle et luisante, a plutôt l'aspect d'une membrane séreuse que d'une muqueuse. Quand la maladie est avancée, il ne reste plus qu'une mince bande de muqueuse, contenant peut-être parfois quelques petits fragments osseux, reste des cornets. Schaffer, qui a pu, dans quelques cas suivre, l'évolution des lésions morbides, a trouvé que l'hypertrophie dure huit à dix ans environ avant le début de l'atrophie. Fréquemment, toutefois, la maladie traverse ces différentes phases avec une plus grande rapidité, et j'ai vu parfois l'atrophie survenir après un espace de quelques mois. Bayer[3], de Bruxelles, a observé le stade d'hypertrophie chez des enfants dont les parents étaient eux-mêmes arrivés à la période atrophique[4]. Schaffer et Ziem[5] affirment que

[1] Il faut avouer que l'odeur répandue dans ces cas par les malades n'est plus du tout la même, qu'elle est plus fade, mais beaucoup moins repoussante. De plus la sécrétion à peu près constante de la muqueuse, dans les cas de corps étrangers, serait un élément précieux de diagnostic. (Note des traducteurs.)

[2] *Normale und Pathol. Anatomie der Nasenhöhle*. Wien., 1882, p. 87 et suivantes.

[3] *Trans. Intern. Med. Congress*. London, 1881, vol. III, p. 314.

[4] Nous avons eu nous-meme l'occasion d'observer des faits analogues, et si généralement l'hypertrophie de la muqueuse précède l'atrophie de quelques années, cette dernière peut en effet s'établir assez rapidement dans quelques cas. (Note des Traducteurs.)

[5] *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. 1880, n° 4.

l'ozène peut exister sans atrophie, et il n'est pas douteux qu'il puisse ý avoir atrophie sans ozène. A ce propos, j'ai déjà invoqué (voy. l'*Etiologie*) ma propre expérience, je puis ajouter ici l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui présentait une atrophie marquée des cornets, correspondant à un développement considérable des cavités nasales, sans la moindre trace d'ozène. La malade m'affirmait cependant éprouver depuis cinq ou six ans les symptômes du coryza sec.

Gottstein[1] a publié un cas d'ozène, suivi d'autopsie. La malade était une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte d'aliénation mentale, qui mourut d'une pneumonie caséeuse. Pendant la vie, Gottstein avait constaté un développement très grand des cavités nasales, et après l'ablation d'une quantité considérable de croûtes desséchées, on pouvait voir la muqueuse, pâle, amincie et ne présentant aucune ulcération. A l'autopsie, il fut malheureusement impossible d'examiner les os et les cartilages ; mais la muqucuse, aussi loin que put porter l'examen, ne présentait aucune altération; elle était simplement amincie. A l'examen microscopique, on trouva l'épithélium normal; au-dessous, il existait une couche de petites cellules arrondies, entremêlée de quelques cellules fusiformes, et au-dessous de cette couche, on en trouvait une autre formée de tissu conjonctif aréolaire étendue parallèlement à la première, et dont les fibres étaient çà et là réunics en faisceaux, présentant divers degrés de développement. On pouvait constater un riche réseau vasculaire, la tunique élastique des artères était hypertrophiée. Les glandes étaient nombreuses, leur contenu sombre et infiltré, les cellules glandulaires n'étaient pas en certains points, reconnaissables, tandis qu'en d'autres, elles étaient déformées et pouvaient à peine être distinguées. Gottstein [2] fait obscrver que la muqueuse « présentait les signes de rhinite chronique avec un degré plus ou moins avancé de cirrhose, une atrophie et unc

[1] *Breslauer Ærztliche Zeitschrift*, septembre 1879, nos 17 et 18, p. 6.

[2] *Breslauer Ærztliche Zeitschrift*, septembre 1879, nos 17 et 18, p. 6.

infiltration partielle des glandes ». Krause [1] a constaté un état corné de l'épithélium, avec atrophie de la muqueuse, et développement exagéré du tissu conjonctif de cette membrane, diminution dans le nombre des vaisseaux sanguins, oblitération plus ou moins considérable de ceux qui subsistaient, par suite d'un épaississement de la tunique externe et d'un plissement de la tunique interne. Il a, de plus, constaté l'absence de glandes, celles qui subsistaient encore, avaient subi la dégénérescence graisseuse ou granuleuse.

D'après Zaufal [2], la diminution de volume des os est due non pas à l'atrophie, mais à ce qu'ils conservent les dimensions qu'ils avaient dans l'enfance, tandis que la face, en général, se développe normalement [3]. C'est ce qui explique suivant Zaufal, la fréquence de l'ozène à l'époque de la puberté, alors que l'arrêt de développement devient subitement manifeste, en raison de l'accroissement des parties voisines. La théorie de l'arrêt de développement a été, dans ces derniers temps vigoureusement combattue par Zuckerkandl [4], qui sur deux cent ciquante-deux crânes de sujets jeunes qu'il a examinés, n'en a trouvé qu'un, chez lequel les cornets étaient de grandeur insuffisante, et même dans ce cas, la diminution de volume relevait évidemment de l'atrophie.

Le mucus de l'ozène, a fait l'objet des recherches de plusieurs médecins. Frank [5], à plusieurs reprises, a examiné du mucus frais, enlevé des narines de malades de Michel, atteintes d'ozène, il l'a toujours trouvé uniquement composé de corpuscules de pus, de débris granuleux, et de quelques traces d'épithélium. D'autre part, Krause [6] affirme que les cellules

[1] *Virchow's Arch. f. path. Anat.* Bd. LXXXV. Hft. 2.

[2] *Loc. cit.*

[3] Un cas d'arrêt de développement supposé, avait été antérieurement publié par Hyrtl (*Sitzungsber d. KK. Akad. in Wien. Bd.* XXXVIII, mais il n'avait pas en vue la question de l'ozène.

[4] *Op. cit.*, p. 90.

[5] Michel : *Krankheiten der Nasenhœhle.* Berlin, 1876, p. 107.

[6] *Trans. Inter. Med. Congress.* London, 1881, vol. III, p. 311 et suiv.

muqueuses de nouvelle formation subissent la dégénérescence graisseuse avant de faire issue à la surface de la muqueuse pituitaire, rendant ainsi la sécrétion visqueuse et la prédisposant à la transformation fétide. Il fait observer que dans la membrane ainsi dégénérée, on ne trouve pas de cellules normales, mais à leur place des amas de corpuscules graisseux et de molécules de pigment qui servent à constituer le mucus desséché qui forme les croûtes adhérentes. Dans la suite, les matières grasses deviennent acides, et produisent l'odeur caractéristique de l'ozène. Cette opinion n'a pas été confirmée, toutefois, par les observations d'Eugène Frânkel, qui n'a pas trouvé de graisse dans trois cas non douteux d'ozène, dans lesquels il a pu faire l'examen *post mortem*[1].

Pronostic. — Le coryza est toujours une affection très rebelle, tandis que l'ozène vrai est rarement curable, si toutefois il l'est jamais, sauf chez les jeunes enfants, chez lesquels la maladie disparaît, parfois, après avoir duré quelques semaines [2].

[1] *Ibid.*, p. 313.

[2] L'auteur nous semble établir une différence capitale, au point de vue du pronostic entre ce qu'il appelle le coryza sec et l'ozène vrai, qui serait d'après lui un symptôme surajouté à l'affection nasale. Ainsi que nous l'avons déjà dit, tous les sujets ne sont pas fatalement arrivés au même degré de leur maladie, tous n'ont pas une sécrétion aussi abondante, ni aussi fétide ; mais faut-il pour cela créer des types divers d'ozène ou bien admettre des périodes différentes dans l'évolution de cette inflammation spéciale de la muqueuse nasale? Pour notre part nous ne comprenons pas l'ozène vrai sans atrophie de la muqueuse, des tissus sous-jacents, atrophie plus ou moins prononcée, et avec laquelle les symptômes présentés par le malade ont une corrélation intime. S'il est vrai que cette lésion atrophique porte généralement sur le cornet inférieur, elle peut toutefois atteindre aussi presque d'emblée les cornets moyens ou même la moitié postérieure de ces saillies osseuses. Dans ce cas, un examen superficiel révèlera l'intégrité des cavités nasales, mais si l'on est prévenu de la possibilité du fait, on s'expliquera bientôt l'accumulation et la rétention des sécrétions dans la partie postérieure du nez par l'atrophie de ces parties.

D'après ce que nous venons de dire on comprendra que le pronostic de la rhinite atrophique ne soit pas absolument le même dans tous les cas et si l'on peut guérir rapidement quelques malades légèrement atteints, il faut savoir aussi qu'il existe des formes dans lesquelles le

L'ozène, cependant, peut être si complètement annulé par le traitement que nous recommandons plus loin, qu'il ne cause en pratique aucune incommodité, en dehors de l'obligation où se trouve le malade d'user d'irrigations ou de pulvérisations détersives, une ou deux fois par jour, ou d'un tampon pendant quelques heures chaque jour. L'odeur diminue à mesure qu'on avance en âge, et après cinquante ans, elle disparait d'ordinaire complètement.

Traitement. — La première indication dans le coryza sec et l'ozène est de chasser les croûtes de l'intérieur des fosses nasales. On obtient ce résultat à l'aide de lotions, de douches, d'irrigations, ou de pulvérisations des fosses nasales (voyez : *Instruments pour le nez*).

Les meilleures solutions pour lotions et douches sont les collutoires sodiques, à l'acide phénique avec borax et soude ou bien, le collutoire au permanganate de potasse de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge. Nous donnons à l'Appendice les formules de chacun d'eux. Règle générale, je préfère les lotions, que je trouve moins désagréables pour le malade et qui agissent d'ordinaire d'une façon tout à fait suffisante; mais quand les croûtes se forment à la voûte des fosses nasales, on doit employer à la fois les irrigations et les lotions. Dans les cas de ce genre, les pulvérisations rendent aussi de bons services, mais parfois les pulvérisateurs ordinaires n'agissent pas avec une force suffisante, c'est alors le cas d'user du pulvérisateur pneumatique (fig. 29). Les pulvérisations alcalines ou désinfectantes de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge (voir l'Appendice) remplissent parfaitement le but qu'on se propose. Une pulvérisation le matin et une le soir, suffisent à faire complètement disparaître l'odeur, et d'ordinaire après quelques mois de traitement, une seule pulvérisation tous les matins est suffisante.

traitement devra être plus long et plus rigoureux. Mais même dans ces cas nous restons convaincus que la rhinite atrophique est le plus *généralement* guérissable, si le médecin et le malade sont tous deux assez persévérants, l'un pour prescrire et l'autre pour suivre scrupuleusement ce traitement. (Note des traducteurs.)

La résorcine, un dérivé du phénol, analogue à l'acide phénique, sans en avoir les propriétés irritantes, ni l'odeur désagréable, a été employée par Masini [1], qui dit avoir obtenu de bons résultats de son emploi dans l'ozène. Après avoir tout d'abord, à l'aide d'une irrigation, fait disparaître les croûtes qui recouvrent la muqueuse, il emploie en pulvérisations une solution de 1/2 pour cent de résorcine deux fois par jour, pendant trois ou quatre minutes. On peut aussi se servir de ce médicament sous forme de pommade, dont on recouvre les parties malades, 3 grammes de résorcine pour 10 grammes de vaseline. Masséi [2] affirme que l'ozène peut être parfois radicalement guérie par la résorcine, qu'il emploie de préférence sous forme d'irrigations — 2 grammes pour 600 grammes d'eau — plutôt qu'en pulvérisations.

Gottstein a introduit un mode de traitement absolument nouveau. Faisant observer que seul le mucus *desséché* répand de l'odeur, il a imaginé un moyen très ingénieux de le conserver constamment humide. Ce moyen consiste à introduire dans les fosses nasales un tampon d'ouate dont le contact incessant avec la muqueuse détermine une sécrétion légère, mais continue de mucus. Le tampon est facilement introduit au moyen de la vis (voyez fig. 60, p. 69), on doit le laisser séjourner pendant une couple d'heures, le matin, dans une narine, le soir dans la narine correspondante, pendant le même espace de temps ; un laps de temps moins long est rarement suffisant. Si, dès le début, cette méthode ne réussit pas, cela tient à ce que le tampon d'ouate n'est pas assez volumineux. Il est, en effet, nécessaire qu'il soit en contact immédiat avec la muqueuse. Plusieurs de mes malades ont fait usage de ces tampons pendant deux ou trois ans, et non seulement n'ont pas souffert de cette méthode, mais encore nous ont manifesté leur reconnaissance pour le soulagement qu'ils avaient éprouvé. Je dois faire observer que ce traitement est purement mécani-

[1] *Archivii Italiani di Laryngologia*. Anno II, 1882, 15 octobre.
[2] *Ibid.*, 14 avril 1883, p. 26-28.

que, mais Woakes[1] trouve les tampons *médicamenteux* beaucoup plus efficaces; nous donnons à l'Appendice des formules d'un grand nombre d'entre eux.

Les remèdes que nous venons de passer en revue sont purement palliatifs, mais il n'est pas surprenant qu'on ait cherché à guérir radicalement une maladie si rebelle et si dégoûtante. Il n'est pas étonnant qu'on ait préconisé beaucoup l'iodoforme. Je me suis servi de ce remède soit en poudre, soit en solution éthérée, pour pulvérisations, soit sous forme de bougies nasales. Ce traitement, je dois l'avouer, n'a pas donné de meilleurs résultats que les simples lotions alcalines et détersives, il présente, en outre, l'inconvénient d'exhaler une odeur, qui pour être moins dégoûtante que celle de l'ozène, est cependant très pénétrante. Les remèdes qui agissent comme stimulants de la muqueuse ont certainement du bon, ils permettent parfois d'espacer davantage les irrigations, mais non de les abandonner complètement. La gomme rouge mêlée à l'amidon (1 partie de gomme pour 2 d'amidon) me paraît être le meilleur de ces remèdes; mais Bosworth[2] recommande spécialement la sanguinaire (1 partie pour 3 d'amidon), et la (galanga), (parties égales de poudre de racine, et d'amidon). Ces poudres doivent être insufflées dans le nez, préalablement détergé par une irrigation. La galanga et la sanguinaire ont une action analogue à celle de l'eucalyptus, mais sont beaucoup plus irritantes. Si on veut en faire usage, je conseille de les diluer beaucoup plus que ne le recommande Bosworth.

Bernard Frankel a conseillé de faire sur les surfaces qui suppurent des cautérisations au rouge blanc; je n'ai pas une expérience suffisante de cette méthode pour pouvoir en conseiller l'emploi. Je dois constater toutefois que, dans trois cas dans lesquels les croûtes se formaient tout à fait à la partie antérieure des fosses nasales, quelques applications du thermo-

[1] *Lancet*, 1880, vol. I, p. 876.

[2] *Op. cit.*, p. 216, 217.

cautère modifièrent si énergiquement l'état de la muqueuse que le processus morbide fut entièrement arrêté [1].

---

[1] Voici la manière dont je procède habituellement et que je crois devoir recommander dans l'affection qui nous occupe.

Je prescris d'abord au malade une première irrigation faite avec un litre d'eau tiède sulfureuse ou additionnée de chlorate de potasse, de bicarbonate de soude, de borax d'acide borique, d'Eaux de Salies (en Béarn) diluées, ou de sel marin (une cuillerée à café par demi-litre d'eau tiède). Lorsque cette première injection a détergé au moins en partie les fosses nasales, je la fais suivre d'une deuxième faite avec un demi-litre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à bouche d'une solution antiseptique quelconque formulée comme suit :

Acide phénique. . . .	20	grammes.
Glycérine pure . . .	100	—
Alcool à 90°.	50	—
Eau	350	—

Une cuillerée à bouche par demi-litre d'eau tiède.

L'acide phénique est suivant les cas, remplacé par du chloral, de la résorcine, de l'acide salicylique, du salicylate de soude, etc.

J'omets à dessein le permanganate de potasse qui, sans offrir plus d'avantages que ces divers liquides, a l'inconvénient de tacher le linge d'une manière définitive.

D'autres auteurs recommandent les solutions de sublimé qui ont l'inconvénient d'être toxiques à petites doses et pourraient quelquefois déterminer des accidents.

Je dois dire qu'au début et toutes les fois que l'odeur tend à reparaître, j'ai l'habitude de reprendre la solution phéniquée. Généralement je change le liquide tous les mois environ, de manière à éviter l'accoutumance du malade aux remèdes qu'il emploie. Après la douche nasale, le malade termine son traitement soit par une pulvérisation, soit par des insufflations de poudre impalpable.

Je préfère le premier moyen qui a l'avantage de se diffuser beaucoup mieux, d'atteindre, peut-être plus facilement, toutes les parties anfractueuses de la cavité nasale et d'être d'un usage facile pour le malade. Comme pulvérisation, je me suis bien trouvé de l'emploi de solutions légèrement astringentes (tannin, alun) rendues antiseptiques par l'addition de vinaigres antiseptiques, de résorcine, d'acide phénique ou de chloral.

Si l'on fait usage d'insufflations pulvérulentes, je recommanderai également l'acide borique que l'on pourra additionner d'un peu de résorcine très finement porphyrisée. Si l'on choisit les pulvérisations, il faudra les faire de très courte durée et tâcher simplement de diriger le jet d'eau pulvérisée dans chaque narine et un peu dans toutes les sens.

Tout cet ensemble de traitement sera fait régulièrement et scrupuleusement par le malade matin et soir, et même, dans quelques cas très

BLENNORRHÉE CHRONIQUE DES FOSSES NASALES ET DES VOIES AÉRIENNES

Sous le titre de blennorrhée chronique du nez, du larynx et de la trachée, Stoerk [1] a décrit une forme assez rare de rhinite purulente. On l'observe assez souvent chez les juifs polonais en Galicie, Pologne, Vallachie et Bessarabie. La plupart des malades qu'il a observés étaient pauvres et n'attachaient qu'une médiocre importance à la propreté de leur personne.

D'après la description de Stoerk, à la première période de cette affection, les fosses nasales sont le siège d'une sécrétion profuse de liquide vert jaunâtre plus ou moins purulent, tan-

rebelles, trois fois par jour; cela non pendant quelques mois, mais pendant des années entières, suivant l'intensité de la maladie. S'il s'agit d'un enfant et d'une jeune fille, il sera nécessaire surtout chez cette dernière, de continuer le traitement jusqu'au moment de l'apparition des règles et au moins pendant un an ou deux après cette époque. Car il n'est pas rare de voir survenir à ce moment une recrudescence marquée dans les sécrétions de la muqueuse, et, par conséquent, une augmentation de l'odeur fétide qui révèle la nature du mal.

Il est parfaitement établi, du reste, que chez les jeunes filles réglées, l'époque des menstrues (avant ou pendant) est la période pendant laquelle l'odeur est la plus tenace et la plus prononcée.

Quant au traitement local actif, fait par le médecin traitant, il pourra consister soit en quelques attouchements de la muqueuse avec des solutions de nitrate d'argent au 1/15, ou même le galvano-cautère, suivant les cas et le degré du mal.

Faut-il ajouter qu'une médication générale tonique au premier chef, que l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium à petites doses, trouveront ici une indication toute naturelle.

Enfin, si le malade peut le faire, une saison aux Pyrénées et surtout aux Eaux de Salies (en Béarn) ou aux bains de mer, exercera une influence salutaire sur la marche de la maladie. Dans ces derniers cas, je recommande au malade de faire ses irrigations exclusivement avec l'eau de mer employée au 1/4 à 1/2, puis à 2/3 ensuite. Un litre et demi à deux litres suffisent pour chaque lavage qui sera toujours suivi d'une pulvérisation. Généralement les personnes atteintes de cette cruelle infirmité reviennent des bains de mer très notablement améliorées, et je considère, pour ma part, ce moyen comme un puissant adjuvant du traitement. (Note des traducteurs. Extrait du *Manuel des maladies des fosses nasales* du Dr E. J. Moure. Paris, Doin, édit., 1886.)

[1] *Krankheiten des Kehlkopfs.* Stuttgard, 1880, p. 161.

dis que l'absence d'arborisation vasculaire et de sécrétion que l'on trouve d'ordinaire dans le catarrhe aigu, empêchent de confondre la blennorrhée avec le coryza. La maladie présente une prédisposition marquée à s'étendre au pharynx, au larynx et à la trachée. Dans le nez, les cartilages et les os ne sont jamais atteints, et l'affection nasale est peu importante en elle-même, si ce n'est en ce qu'elle est le point de départ d'une maladie sérieuse, qui envahit les voies aériennes. Dans le larynx l'ulcération commence à la base de l'épiglotte, et de là s'étend au larynx, affectant les bords des cordes vocales près de la commissure antérieure, et amenant souvent une adhérence entre les deux cordes. Dans ce cas-là, l'orifice glottique est reduit à une petite ouverture en forme de croissant à concavité dirigée en arrière. Il se forme aussi fréquemment dans le larynx une bride fibreuse unissant les deux cordes vocales, la maladie s'étend souvent aussi à la trachée, peut même gagner les petites bronches et produire alors des hémoptysies.

Tous les traitements restent sans résultats, mais on peut retirer de la trachéotomie un avantage temporaire, et, dans quelques cas rares, on peut voir l'induration disparaître spontanément.

EPISTAXIS

(Synonyme : Saignement de nez.)

Latin Eq. — Hæmorrhagia narium ; Epistaxis.
Anglais Eq. — Bleeding from the nose; Epistaxis.
Allemand Eq. — Nasenbluten.
Italien Eq. — Epistassi.

Définition. — *Hémorrhagie nasale prenant naissance soit dans les fosses nasales elles-mêmes, soit dans les sinus avec lesquels elles communiquent.*

Historique. — Les anciens médecins accordaient à l'épistaxis, comme symptôme, une importance plus considérable que les praticiens modernes. Hippocrate [1] la considérait comme indiquant une crise favorable dans les fièvres aiguës, ou comme le présage d'un dénouement fatal dans certaines maladies chroniques. Il avait aussi remarqué [2] les rapports qui existent fréquemment, entre l'épistaxis et l'hypertrophie de la rate ou des autres viscères abdominaux, et son influence vicariante dans le cas de suppression des menstrues [3]. Galien [4] la considérait comme amenant tout naturellement une diminution de la tension vasculaire, au cours des fièvres, et cet auteur mentionne un cas dans lequel il put prédire une hémorrhagie nasale, au cours d'une fièvre aiguë accompagnée de délire. Il recommande [5] d'arrêter l'épistaxis en serrant le nez entre les doigts, et quand ce moyen ne réussit pas, en introduisant un morceau de linge ou d'éponge, aussi loin que possible, dans les fosses nasales. Arétée [6] considère l'hémorrhagie nasale comme un signe de résolution dans la pleurésie aiguë; et, fait observer que pour calmer les maux de tête violents, on peut déterminer des épistaxis artificielles à l'aide d'instruments qu'il a inventés pour cet usage [7]. On peut au reste, conclure des écrits de Paul d'Egine [8] que c'était là une mesure thérapeutique communément en usage chez les anciens.

Au dix-septième siècle, Fabricius Hildanus [9] rapporte plusieurs observations d'épistaxis qu'il avait arrêtées à l'aide d'une poudre styptique de son invention. Peu de temps après, Sydenham [10], exprimant un profond mépris pour les hémostatiques locaux, soutenait que la saignée était le véritable moyen du traiter l'épistaxis. Au dix-huitième siècle, le célèbre Hoffmann [11] consacre un fort long chapitre à l'hémorrhagie nasale; à cette même époque,

[1] *Epidemiorum*, lib. I.

[2] *Prorrheticorum*, lib. I, cap. VIII.

[3] *Aphorism.*, sect. 5.

[4] *De crisibus.*

[5] *De compos. pharm. sec. locos*, lib. III, cap. IV.

[6] *On the causes and Symptoms of Acute Diseases*, Bk. I, ch. IX. *Syd. Soc. Transl.*

[7] *On the Treatment of chronic Diseases.* Bk. I, ch. II, *Syd. Soc. Transl.*

[8] *Works, Syd. soc. Transl.*, vol. I, p. 326.

[9] *Opera observ. et Curat. medico-chirurg. quæ extant omnia.* Francofurti, 1682.

[10] *Med. Observ.*, chap. IV, 48 et 49; et *Processus Integri*, ch. XLV.

[11] *Medicinæ Ration. System. Pars Secund. sect. prima c. i; Hoffmann's op. omnia Physico-medica*, p. 196 et suiv. Genevæ, 1740.

Morgagni[1], tout en traitant la question d'une façon très brève, rapporte, sur les causes immédiates de l'épistaxis, dans un grand nombre de cas, une observation de Valsalva d'une grande importance pratique et que nous citerons plus loin. A Bellocq[2], nous devons pour le tamponnement des fosses nasales le très utile instrument qui porte son nom. L'hémorrhagie nasale fut classée par les nosologistes du siècle dernier, comme affection distincte et Vogel[3], le premier, proposa d'appliquer exclusivement aux hémorrhagies nasales le terme épistaxis par lequel les anciens auteurs désignaient toute hémorrhagie ayant lieu goutte à goutte. Cette expression adoptée plus tard par Cullen[4] et Pinel[5] passa ensuite dans le langage général.

Au commencement de ce siècle, J.-P. Frank[6] traita le sujet d'une façon fort complète et fit preuve dans ce travail du plus grand sens pratique. Il arrêtait le sang en introduisant dans les fosses nasales, un morceau d'intestin de chien, lié à l'un de ses bouts de manière à former un doigt de gant, il injectait de l'eau dans la poche ainsi formée, de manière à la distendre et la laissait en place aussi longtemps qu'il était nécessaire. Depuis lors, on a souvent imité ce moyen si simple à l'aide d'instruments plus perfectionnés. Dans un ouvrage que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de citer, Cloquet[7] consacre un long chapitre, plein de curieux détails, mais d'une érudition quelque peu indigeste, à l'épistaxis ou hémorrhinie pour me servir de l'expression qu'il préfère. Laycock[8], en 1862, fit sur l'épistaxis de très justes remarques, en particulier pour ce qui concerne ses rapports avec les autres hémorrhagies ; et dans cette même année, Rawdon

[1] *De sedibus et causis morborum.* Epist. XIV, art. 23. Batavii, 1765.

[2] Je n'ai pu savoir exactement la date de l'invention de cet instrument, mais il était certainement en usage au commencement de ce siècle car il est mentionné dans la thèse de Deschamps « *des Maladies des fosses nasales* » qui date de 1804.

[3] *Definitio generum morborum.* Gottingæ, 1764. Hippocrate se servait du terme ἐπιςταξις pour désigner un écoulement de sang se faisant goutte à goutte, mais sans l'appliquer spécialement aux hémorrhagies nasales.

[4] *Synopsis nosologiæ medicæ.* Edinburgi, 1785. Ed. quart.

[5] *Nosographie philosophique.* Paris, 1818, 6e édit., t. II, p. 589.

[6] *De curandis hominum morbis.* Mannhemii, 1807, lib. V, pars. II, p. 124 et suivantes.

[7] *Osphrésiologie.* Paris, 1821.

[8] *Lectures on the Physiognomical Diagnosis of Disease.* — *Med. Times and Gaz.* 1862, vol. I, p. 501.

Macnamara[1] publiait un article écrit avec beaucoup de soin dans lequel il consignait les résultats de sa longue expérience et donnait de fort bons conseils pour le traitement.

Etiologie. — L'épistaxis est certainement plus commune chez l'homme que chez la femme, peut-être, ainsi que le fait remarquer Hoffmann[2], parce que, chez cette dernière, le flux menstruel amène une déplétion périodique du système vasculaire. Il est aussi plus fréquent, dans l'enfance et dans la vieillesse que pendant l'âge mûr ; le saignement de nez étant dû ainsi que nous allons le démontrer à la pléthore chez l'enfant, à la dégénérescence du système vasculaire chez le vieillard. La période de la vie, pendant laquelle l'épistaxis se produit le plus fréquemment, est certainement l'époque de la puberté. On peut lui assigner des causes locales, des causes constitutionnelles. Parmi les premières, la plus fréquente est le traumatisme porté directement sur le nez, mais l'éternuement ou l'action de se moucher produisent aussi fort souvent l'épistaxis.

Les écoliers se piquent fréquemment l'intérieur du nez et produisent ainsi l'épistaxis; l'introduction d'un corps étranger dans les fosses nasales a souvent déterminé de graves hémorrhagies chez les enfants. C'est de la même façon que surviennent parfois des épistaxis consécutives à l'introduction des bougies nasales. S'il existe quelque ulcération de la muqueuse, un effort même léger suffit à produire un saignement de nez.

Les polypes naso-pharyngiens et les tumeurs malignes des fosses nasales sont particulièrement aptes à produire l'épistaxis. Les particules irritantes, tenues en suspension dans l'air, celles par exemple produites par l'ammoniaque, le jalap et l'ipécacuanha, lorsqu'elles sont apportées dans les fosses nasales par la respiration, peuvent produire des hémorrhagies nasales, et certaines prises énergiques sont bien connues

[1] *Dublin Quarterly Journ. of. Med. Science*, 1862, vol. XXXIII, p. 4 et suivantes.

[2] *Op. cit.*

comme produisant cet effet [1]. Certaines personnes sont particulièrement prédisposées aux saignements de nez et les voient alors se produire sous l'influence des causes les plus extraordinaires. Un des cas les plus remarquables est celui de Jean de Querceto, secrétaire de François Ier, qui avait des épistaxis toutes les fois qu'il sentait une pomme [2]. Le fait a été constaté par un homme des plus dignes de foi.

Les causes constitutionnelles sont de quatre sortes : 1° le sang est altéré dans sa constitution ; 2° les vaisseaux sont malades ; 3° il existe un obstacle à la circulation dans les poumons, le foie, les reins ou tout autre organe déterminant, dans le système vasculaire tout entier, une tension soudaine du sang qui porte surtout son action sur les parties les plus faibles, à savoir : les fosses nasales ou les vaisseaux sont superficiellement placés et sont en certains points disposés en tissus caverneux (voyez Anatomie, p. 9); 4° enfin l'épistaxis peut être compensatrice.

1° La cause la plus commune d'épistaxis relevant de ce premier chef, est une hémorrhagie diathésique ou hémophilie, les fosses nasales sont dans ces conditions-là, le siège le plus fréquent de l'hémorrhagie. Sur deux cent vingt-sept hémophiliques « bleeders », Laycock [3] a trouvé que la source de l'hémorrhagie ne siégea pas moins de cent dix fois dans les fosses nasales, et dans bon nombre de cas l'épistaxis alternait avec des hémoptisies, des hématémèses ou des hématuries. Dans tous les états anémiques de l'organisme, l'épistaxis peut se produire. Sur quatre-vingt-un cas de leucémie réunis par Mosler [4], des hémorrhagies se produisirent soixante-quatre fois et trente-cinq fois le sang venait des fosses nasales.

Lorsque le sang existe en quantité anormale chez les enfants pléthoriques par exemple, les hémorrhagies nasales ne

[1] Macnamara. *Lot. cit.*, p. 30.

[2] Bruyerinus : *De re Cibaria.* Francofurti, 1600, lib. XI, cap. XVI, p. 468.

[3] *Lot. cit.*

[4] *Leukaemie.* Berlin, 1872.

sont pas rares, et souvent elles sont précédées d'une sensation de plénitude dans la tête, allant rarement jusqu'à la céphalalgie. Dans les cas de ce genre, l'épistaxis soulage beaucoup le malade en raison des communications qui existent entre les veines des fosses nasales et les sinus de la dure-mère.

Dans les fièvres éruptives et les fièvres remittentes les épistaxis sont un symptôme très commun. Dans une épidémie grave de fièvre rémittente « relapsing fever » étudiée avec beaucoup de soin par Félix Semon [1] à l'hôpital de la Charité, l'épistaxis apparut comme symptôme critique dans trente-trois pour cent des cas. Deux fois l'hémorrhagie continua pendant deux ou trois jours et dans un cas, elle détermina un épuisement assez grand pour amener la mort du malade. L'épistaxis est très fréquente dans le scorbut. J.-P. Frank [2] va jusqu'à affirmer, d'après son expérience personnelle, qu'il peut être parfois le seul symptôme de cette maladie, et il fait ressortir sa haute valeur dans le diagnostique du scorbut, lorsque l'épistaxis vient s'adjoindre aux antécédents du malade. Toutefois M. Johnson Smith, qu'une pratique de quarante années au Dreadnought hospital, doit avoir rendu très compétent en cette matière, m'a affirmé [3] que d'après son expérience personnelle, l'épistaxis n'était rien moins que fréquente dans le scorbut.

Dans le purpura, on voit quelquefois se produire des hémorrhagies nasales. Il m'a été donné d'en observer un exemple remarquable il y a de cela quelques années. Le malade, homme d'un âge mûr, avait vécu pendant plusieurs années sous les tropiques et était rentré chez lui avec une santé délabrée. Il eut tout d'abord une hémorrhagie laryngée, cette première céda sous l'influence de pulvérisations au tannin, mais à peine celle-ci fut-elle calmée, qu'il survint une épistaxis si sérieuse que l'on dut avoir recours au tamponnement des arrière-fosses nasales. Deux jours après survint une hémorrhagie pulmonaire grave et le Dr Walshe vit le malade avec moi. L'hémoptisie

[1] *Zur Recurrens — Epidémie in Berlin*, 1871-1872. *Inaug. Dissert.* 1873.

[2] *Op. cit.*, p. 135 et suivantes.

[3] Communication privée du 23 décembre 1881.

cessa sous l'influence de l'ergot administré à hautes doses, mais trente-six heures après le malade succombait à une attaque d'apoplexie.

2° Quand les vaisseaux sanguins ont subi la dégénérescence athéromateuse, les hémorrhagies nasales sont assez fréquentes c'est là un fait qu'on observe surtout chez les vieillards, mais qui peut aussi survenir chez les individus jeunes en puissance de syphilis ou d'alcoolisme chronique.

L'effet d'un effort sur le système vasculaire, se manifeste chez les personnes en bonne santé après un exercice violent, par exemple l'action de soulever un poids très lourd, la toux, les vomissements ou une course [1] précipitée.

Cette cause d'hémorrhagie nasale devient vraisemblablement plus puissante lorsqu'il se produit en même temps un obstacle artificiel au retour du sang par les veines jugulaires. Aussi les épistaxis étaient plus fréquentes autrefois, alors qu'on portait des cravates très serrées. Les tumeurs du cou, le goître, l'obstruction veineuse, résultat de l'engorgement du cœur droit, de l'emphysème, d'une bronchite chronique intense, produisent parfois l'épistaxis.

3° Les maladies du foie, des reins,de la rate se compliquent aussi fréquemment de graves hémorrhagies nasales. Une émotion violente [2] peut aussi donner lieu à l'épistaxis, qui se produit alors en raison d'un excès de tension subit dans le système

[1] On observe parfois l'épistaxis produite par un effort chez les chevaux de course sur l'hippodrome. M. Doyle (Macnamara, *loc. cit.*), médecin vétérinaire, parle de deux épistaxis mortelles chez le cheval, et cite le fait d'une race célèbre de chevaux de course qui ne couraient jamais sans saigner du nez.

[2] *Lot. cit.*, p. 32. Hildanus (*Op. cit.*, cent. II, obs. XVII) rapporte le cas assez curieux d'un homme pléthorique nouvellement marié, qui fut pris, immédiatement après le coït, d'une violente hémorrhagie nasale qui fut probablement causée par cet acte; toutefois l'étiologie de ce cas est compliquée de ce fait que le patient s'était exposé pendant longtemps à un soleil brûlant. L'influence d'une émotion violente sur la production de l'épistaxis n'avait pas échappé à l'esprit observateur de Dickens, qui dans son « Our Mutual Friend » parle d'une violente épistaxis du nez dont fut saisi Bradley Headstone, alors qu'il poursuivait Eugène Wrayburn avec l'intention de le tuer.

vasculaire. Le sang vient alors faire issue dans le point où la résistance est moins considérable.

Macnamara rapporte un exemple frappant qui prouve l'influence de la colère sur la production de l'épistaxis. Il s'agit d'un jeune homme qu'une épistaxis violente sauva très probablement d'une attaque d'apoplexie imminente. Il est plus difficile d'expliquer un autre cas relaté par le même auteur: il s'agit d'une jeune fille qui aurait été ramenée des portes du tombeau par un saignement de nez qu'elle attribuait à la douleur que lui avait causé la mort de son père.

4° L'épistaxis peut être enfin supplémentaire (vicarious), et remplacer le flux menstruel chez la femme, ou un écoulement sanguin périodique, provenant d'une dilatation variqueuse des veines du rectum, de la jambe ou de tout autre organe. Frankel [1] a réuni un certain nombre d'exemples intéressants de cette variété d'épistaxis. Dans l'un d'eux (cas de Fricker), il s'agit d'une jeune fille chez laquelle les règles s'accompagnaient d'hémorrhagies nasales si abondantes, qu'elle mourut d'épuisement. Un autre (cas de Sommer) se rapporte à une femme qui pendant toute la durée de la gestation avait régulièrement chaque mois des épistaxis abondantes. Dans un troisième enfin les épistaxis paraissent avoir complètement remplacé le flux utérin normal chez une jeune femme. Elles survenaient en effet régulièrement toutes les quatre semaines, accompagnées des symptômes constitutionnels ordinaires, cessaient pendant la grossesse pour reparaître après la délivrance. Dans quelques-uns des cas de leucémie de Mosler, que nous avons déjà rapportés, les épistaxis avaient plus ou moins le caractère menstruel. Puech [2] cite aussi plusieurs cas d'épistaxis cataménial. Hoffmann [3] rapporte un cas présentant certaines analogies avec les précédents et dans lequel la suppression des lochies, peu de temps après l'accouchement, fut suivie d'épistaxis abondantes qui amenèrent la mort du malade. Fabricius Hil-

[1] *Ziemssen's cyclopædia*, vol. IV, p. 152.
[2] *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 188.
[3] *Op. cit.*, p. 200.

danus [1] rapporte un cas dans lequel l'épistaxis parut remplacer, chez un vieillard, un écoulement périodique des veines variqueuses de la jambe, l'écoulement sanguin dura vingt-quatre heures, laissant le malade dans un tel état de prostration qu'il mourut quelques mois après.

L'épistaxis est parfois héréditaire, le fait était connu d'Hoffmann [2], et Babington [3] en rapporte un exemple frappant. Sur six enfants du sexe féminin que mit au monde une femme sujette aux épistaxis, trois souffrirent de cette forme d'hémorrhagie. L'une d'elles eut deux filles qui présentèrent la même prédisposition, l'aînée de ces dernières eut elle-même un fils qui hérita lui aussi de cette particularité. L'authenticité du cas est garantie par ce fait que Babington lui-même connut la mère, la fille et le petit-fils. On a affirmé que l'épistaxis était épidémique et pour prouver cette assertion, on cite l'exemple rapporté par Morgagni. Cette épidémie se serait produite en Italie en l'an mille deux cent et aurait en l'espace de vingt-quatre heures, causé la mort d'un nombre immense de personnes [4]. Il est probable toutefois, que ces violentes hémorrhagies nasales étaient simplement un symptôme précoce d'une fièvre épidémique [5].

Symptômes. — Il n'y a pas grand'chose à dire à ce sujet, si ce n'est sur la façon dont se produit l'hémorrhagie et sur la quantité de sang perdu. Nous pouvons faire observer, cependant, que l'épistaxis est souvent précédée de prodromes, en particulier chez les individus pléthoriques et chez les fébricitants. Ces prodromes consistent en une sensation de plénitude à la région frontale, une congestion de la face, un batte-

[1] *Op. cit.*, cent. II, obs. XVI.

[2] *Op. cit.*, p. 198.

[3] *Lancet*, 1865, vol. II, p. 362.

[4] *Op. cit.*, épist. XIV, sec. 26.

[5] Cloquet (*op. cit.*, p. 557) s'appuie sur l'autorité de Gillchrist pour rapporter une autre épidémie d'épistaxis, mais il m'a été impossible de retrouver le mémoire original de Gillchrist, ni aucune des particularités qui accompagnèrent l'explosion d'une telle épidémie.

ment des artères carotides et temporales, des bourdonnements d'oreille, du vertige et une sensation de picotement dans l'intérieur du nez. D'après Hippocrates [1], il existe aussi du ballonnement abdominal, observation confirmée par Pinel [2], qui ajoute que la « chair de poule » et le refroidissement des extrémités sont des symptômes prémonitoires de l'épistaxis. Le sang coule d'ordinaire goutte à goutte, et c'est de là que vient le nom scientifique de l'hémorrhagie nasale, ainsi que nous l'avons déjà fait observer (voy. l'historique) ; quelquefois cependant le sang coule avec une telle abondance que l'on pourrait supposer qu'un vaisseau considérable est rompu. L'écoulement sanguin est ordinairement unilatéral, et ce n'est que lorsqu'il existe une altération considérable du sang, dans les fièvres, par exemple, ou dans tout autre état morbide, que l'hémorrhagie est bilatérale. Quelquefois cependant le sang venu d'une seule narine peut contourner le bord postérieur de la cloison et s'écouler par l'autre narine ; ce fait est probablement dû à la formation de caillots en arrière des fosses nasales. La coloration du sang est d'un rouge brillant et la quantité perdue varie d'ordinaire entre un et vingt grammes, mais elle peut être plus considérable. C'est ainsi que Martineau [3] rapporte un cas d'épistaxis dans lequel le malade perdit 4 kilogrammes de sang dans l'espace de trois jours ; et on affirme [4] que dans un autre cas un malade perdit 25 kilogrammes de sang en dix jours. Rhodius [5] cite le fait d'un jeune homme qui perdit 6 kilogrammes en trente-six heures ; et Hildanus [6] rapporte le cas extraordinaire d'un homme qui perdit par les fosses nasales plusieurs litres de sang et vomit quelques heures après, 9 kilogrammes de sang qui s'était écoulé par les fosses nasales, et s'était coagulé dans l'estomac. La quantité

[1] *Epidemiorum*, lib. I.

[2] *Op. cit.*, p. 591.

[3] *Union médicale*, 1868, 3e série, t. VI, p. 330.

[4] *Acta Eruditorum*. Lipsiæ, 1688, p. 205.

[5] *Obs. med. centuriæ tres*. Francofurti, 1576, cent. I, obs. XC.

[6] *Op. cit.*, cent. VI, obs. VIII.

de sang ainsi rejeté a été, sans aucun doute, exagérée dans plusieurs de ces observations. L'épistaxis donne lieu parfois à des symptômes fort dangereux, et le malade peut tomber en syncope; ou bien si l'épistaxis se produit fréquemment, elle peut être la cause d'une anémie fort grave.

Anatomie pathologique. — La position superficielle du nez, la disposition particulière des vaisseaux sous forme de corps caverneux dans les cornets, en même temps que le peu d'épaisseur de la muqueuse qui les recouvre, expliquent parfaitement la fréquence relative des épistaxis par rapport aux hémorrhagies des autres organes. Valsalva[1] a observé sur le cadavre que sur la paroi externe du nez au point d'union des cartilages latéraux, les vaisseaux sont souvent très développés, et J.-P. Frank[2] dit avoir souvent rencontré un état variqueux des veines de la muqueuse du nez chez les malades sujets aux hémorrhagies nasales[3].

Diagnostic. — Dans toute épistaxis, il est fort important d'examiner soigneusement les fosses nasales dans le but de s'assurer, s'il n'existe pas de lésion locale, tumeur ou ulcération, capable de donner lieu à l'hémorrhagie. Il est à peine nécessaire de faire observer qu'après une chute ou un coup sur la tête l'épistaxis peut être un symptôme de fracture de la base du crâne dans sa portion antérieure[4].

[1] Cité par Morgagni. *Op. cit.*, ép. XIV, sec. 23.

[2] *Op. cit.*, p. 144.

[3] Les épistaxis sont assez souvent le résultat de ces petites ectasies veineuses qu'il n'est pas toujours facile d'apercevoir à l'examen rhinoscopique mais que, dans d'autres cas on arrive à voir aisément étant donné qu'elles siègent assez souvent sur la partie antérieure de la cloison, ou des cornets moyens ou inférieurs. (Note des traducteurs.)

[4] Si l'on n'assiste pas à l'écoulement du sang ; si, par exemple; ce dernier s'est fait pendant le sommeil et que le malade ait avalé le sang qu'il vomit ensuite, le diagnostic pourra être un peu plus difficile. L'inspection du nez et des fosses nasales contenant encore du sang desséché permettront de lever tous les doutes. L'absence de râles dans la poitrine et les caractères du sang répandu permettront aussi d'éliminer l'hémoptysie. (Note des traducteurs.)

Pronostic. — Avant de donner son avis sur le danger d'une épistaxis, on doit peser tout d'abord les risques que peut faire courir la perte actuelle de sang. Cela dépendra, naturellement, de l'état du pouls et de l'état général du malade. On devra essayer ensuite de déterminer si l'hémorrhagie est accidentelle, traumatique, par exemple, ou si elle résulte de dégénérescence de la paroi des vaisseaux, ou bien si elle est due à une obstruction dans la circulation pulmonaire ou hépatique ou à plusieurs de ces causes à la fois. On ne devra pas oublier non plus que l'épistaxis peut, ainsi que l'a démontré Hughlings Jackson[1], précéder en certains cas une hémorrhagie rétinienne ou l'apoplexie. Les épistaxis accidentelles sont rarement dangereuses, car bien qu'on trouve relatés dans les anciens auteurs, bon nombre de cas dans lesquels l'épistaxis aurait déterminé la mort, l'introduction dans la thérapeutique du tamponnement des fosses nasales a beaucoup diminué le danger. Chez les vieillards les épistaxis qui se produisent spontanément ou sous l'influence de la cause la plus légère ont généralement pour cause la dégénérescence de la paroi des vaisseaux; elles sont par conséquent plus graves. Dans certains cas l'hémorrhagie nasale paraît être salutaire, et l'on a parfois obtenu de mauvais résultats en les arrêtant brusquement. On a cité des faits dans lesquels la manie[2], l'épilepsie [3] et l'asthme [4] paraissent avoir été la conséquence de l'arrêt de cette déplétion naturelle, et dans certains cas de phthisie, de maladie du rein et de troubles cérébraux, l'épistaxis paraît avoir eu une influence salutaire. L'effet bienfaisant de l'épistaxis est en certains cas si évident que les anciens, comme nous l'avons déjà fait observer, produisaient fréquemment des hémorrhagies nasales artificielles pour faire disparaître certains symptômes cérébraux, et cette façon d'agir a été fortement

[1] *London Hospital Clinical Lectures and Reports*, 1866, vol. III, p. 251.

[2] Van Swieten : *Comment. in Boerhavii Aphorismos*, 1124.

[3] Hoffamnn : *De Epilepsiâ*, obs. I.

[4] Raymond : *Maladies qu'il est dangereux de guérir*, p. 255.

recommandée dans le même but, par l'illustre Hoffmann[1]. Dans la malaria, les anciens médecins considéraient l'épistaxis comme un symptôme critique, et ordinairement de bon augure pour le malade, tandis que dans les fièvres adynamiques, on la regardait comme une complication dangereuse. Dans la diphthérie en particulier, l'épistaxis est un symptôme grave, car elle annonce la production de fausses membranes dans les fosses nasales, si toutefois leur extension n'a pas précédé l'épistaxis.

Traitement. — Sir Thomas Watson fait observer[2] avec beaucoup de raison que l'épistaxis est « parfois un remède, parfois un symptôme prémonitoire, et constitue rarement en lui-même une maladie ». Nous devons tout d'abord étudier la question de l'opportunité qu'il peut y avoir à arrêter l'hémorrhagie. Certaines remarques de Peyer[3] à ce sujet nous paraissent tout à fait dignes d'attention, même encore aujourd'hui. Cet auteur fait observer que les personnes jeunes et pléthoriques, chez lesquelles on arrête trop tôt l'épistaxis, sont prédisposées aux maux de tête et aux douleurs d'oreille, ainsi qu'à diverses affections catarrhales. Dans les cas de ce genre l'hémorrhagie ne doit pas être arrêtée, à moins qu'elle ne soit excessive, et ne produise une syncope, de la pâleur et le refroidissement du malade. De même, lorsqu'il existe une obstruction veineuse considérable, par exemple, dans certains cas de maladie du cœur ou du poumon, dans la cirrhose du foie, ou chez la femme lorsque l'épistaxis remplace le flux menstruel, le médecin ne doit sous aucun prétexte intervenir, à moins que l'hémorrhagie ne dure trop longtemps.

Lorsqu'on a décidé qu'il est utile d'arrêter l'hémorrhagie, les mesures que l'on doit adopter doivent être proportionnées à l'abondance du sang que perd le malade. Dans la grande majorité des cas l'épistaxis cesse bientôt spontanément, ou sinon, on peut l'arrêter par un simple expédient.

[1] *Med. Rationalis Systema.* « *Opera omnia physico-medica.* » Genevæ, 1740, p. 200.

[2] *Practice of Medicine.* London, 1857, vol. I, p. 793.

[3] *De morbis narium.* Basileæ, 1766, p. 16.

La position de la tête est évidemment importante, et je ne sais rien de plus mauvais que cette habitude fort commune de faire incliner[1] la tête au malade. Jamain[2] fait observer que non seulement l'écoulement sanguin est augmenté par la rotation de la tête, mais encore que la flexion tend à comprimer les veines jugulaires et à augmenter, par conséquent, l'hémorrhagie en empêchant la libre circulation du sang qui revient de la tête. Hildanus[3] employait le moyen suivant dans lequel il paraît avoir eu grande confiance; il entourait d'un bandage très serré l'avant-bras jusqu'au bras, et la jambe jusqu'à la cuisse, et dans les cas rebelles le corps tout entier[4]. Il n'est pas impossible toutefois que le succès de cette méthode ne soit dû à l'usage des poudres styptiques employées en même temps. Faire rester le malade dans le décubitus est un moyen fort simple et qui souvent dans la pratique donne de très bons résultats.

On a cependant conseillé, dans le but de diminuer la quantité de sang qui se porte à la tête, la position contraire, et recommandé au malade de se tenir debout; ce moyen, lui aussi, réussit fort souvent. Négrier[5] conseille une méthode qui, d'après lui, réussit fort bien: elle consiste à passer derrière la tête l'avant-bras correspondant au côté qui saigne tandis que de l'autre main le malade comprime les narines entre ses doigts; mais il est probable que la *compression de la source*

[1] Nous ne saurions partager complètement cette manière de voir; s'il est vrai que l'inclinaison *exagérée* de la tête en avant gêne la circulation de retour, l'inclinaison modérée a du moins l'avantage d'empêcher le sang de tomber dans les arrière-fosses nasales. Dans ces conditions, et pour peu que le malade empêche le sang de s'écouler par les narines antérieures en les comprimant avec les doigts, il facilite la formation d'un caillot obturateur qui arrête bien souvent l'hémorrhagie. Nous parlons ici, bien entendu, des cas où le sang coule lentement et où il se coagule d'une manière normale. (Note des traducteurs.)

[2] *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 33.

[3] *Op. cit.* cent. II, obs. XV et XVI.

[4] Cette méthode est encore parfois employée. Ainsi Blondeau (*Union médicale*, 8 décembre 1877) recommande, quand tous les moyens ont échoué, d'entourer les cuisses d'un bandage roulé très serré.

[5] *Arch. gén. de Méd.* 1842, p. 168.

de l'hémorrhagie, comme les poudres styptiques dans la méthode d'Hildanus, a seule une influence réelle sur l'écoulement sanguin. Négrier, toutefois, estime que l'énergie que doit développer le cœur pour lancer le sang jusqu'à l'extrémité du membre maintenu levé suffit pour affaiblir l'intensité du courant sanguin qui se porte aux fosses nasales, et diminuer ainsi l'hémorrhagie. Quelle que soit la valeur de ce moyen, il n'exige aucun apprêt, de sorte qu'il peut être employé en toutes circonstances.

Les applications froides donnent de bons résultats. Elles peuvent être faites directement sur les fosses nasales ou sur toute autre partie plus ou moins éloignée, telle que le front, la nuque, les pieds ou les mains. Le moyen de tout temps en honneur dans le public, qui consiste à mettre derrière la nuque une grosse clef, n'agit pas d'une autre façon. Une méthode plus certaine consiste à faire des applications d'eau froide ou de glace sur le nez lui-même ou sur le front. On peut encore conseiller au malade de renifler de l'eau froide ou (s'il peut s'en procurer) de l'eau frappée. Hildanus[1], dans un cas qu'il considérait comme désespéré, dit avoir fait mettre le malade dans un grand bain froid; l'hémorrhagie s'arrêta sur le champ; il considère ce moyen comme une ressource extrême. L'usage de l'eau *chaude* a été recommandé dans ces dernières années pour arrêter les autres hémorrhagies. Keetley[2], qui le premier eut l'idée d'user de ce moyen dans un cas d'épistaxis, dit que la température de l'eau doit être de 120 à 124 degrés Farh.; elle ne doit pas être employée en irrigation dans le nez, mais appliquée simplement sur la face.

Les applications locales de poudre styptique sont aussi très usitées. Les poudres de tannin, d'alun ou de feuilles de matico peuvent être employées en prises par le malade ou projetées dans les fosses nasales à l'aide d'un insufflateur. Ce traitement est le plus souvent couronné de succès, surtout si

[1] *Op. cit.* cent. II, obs. XVII.
[2] *Practitioner*, février 1879.

l'on a eu soin de nettoyer préalablement la cavité nasale par une injection d'eau froide. Les vapeurs d'acide tannique (0,60 centigr. pour 30 gr.) ou de perchlorure de fer (20 gouttes pour 30 gr.) peuvent aussi rendre de grands services.

On peut quelquefois comprimer directement le point qui saigne, en introduisant le doigt dans le nez, la source de l'hémorrhagie siégeant en effet, dans l'immense majorité des cas, sur la paroi externe, tout à fait à l'entrée du nez. Valsalva[1], ainsi que nous l'avons fait observé, avait remarqué que les veines de la paroi externe étaient souvent dilatées sur le cadavre; il fit usage de cette méthode avec le plus grand succès dans des cas très rebelles d'hémorrhagies nasales. Il est parfois possible d'arrêter l'hémorrhagie par la compression de l'artère faciale du côté qui saigne. Mais le moyen le plus efficace d'exercer la compression de la surface qui saigne est sans contredit le tamponnement. On doit tout d'abord tamponner la partie antérieure des fosses nasales ; si ce moyen ne suffit pas, on aura recours au tamponnement de la partie moyenne ou postérieure des cavités nasales.

La meilleure méthode pour *tamponner les fosses nasales antérieures* consiste à introduire dans le nez, à l'aide d'une sonde, de petits bourdonnets de charpie jusqu'à ce que la partie antérieure de la cavité soit complètement obturée. On peut employer la charpie sèche ou l'imbiber d'une solution de perchlorure de fer ou d'une mixture d'acide tannique et d'acide gallique [2]. Josiah Smyly [3] préconise comme très utile la méthode suivante de tamponnement. Il préparait plusieurs bandes de toile d'environ 30 centimètres de longueur et un cent. et demi de largeur, il l'entourait ensuite sur une longueur de cinq centimètres autour du manche d'une sonde et l'introduisait ainsi jusqu'aux arrière-fosses nasales ; puis retirant la sonde, il poussait avec soin d'autres bandes jusqu'à ce

[1] Cité par Morgagni. *Op. cit.*, ép. XIV, sec. 23.

[2] Le gargarisme à l'acide tannique et à l'acide gallique de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge nous paraît être la meilleure formule à employer pour cette usage. (Voy. t. I, Appendice, p. 777.)

[3] Lettre citée par Macnamara, *loc. cit.*, p. 53, 54.

que la cavité nasale fût complètement obturée. On a aussi conseillé l'usage de tampons formés de mèches absorbantes ou de papier buvard. Si l'hémorrhagie persiste malgré le tamponnement antérieur, on doit recourir au tamponnement médian ou postérieur.

Le tamponnement *médian*, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, a été recommandé par Galien, il avait coutume d'introduire dans le nez un morceau d'éponge ; on pourra souvent user de cette méthode avec avantages. Une éponge utérine pourra servir aussi à cet usage, mais le meilleur instrument construit dans ce but est le tampon à air que nous avons déjà décrit (fig. 54, p. 66). Le plus souvent, toutefois, cette méthode sera moins utile que le tamponnement antérieur et postérieur combinés [1].

Le tamponnement *postérieur* peut être facilement effectué à l'aide de la sonde de Bellocq ; nous avons indiqué déjà, à l'article « Instruments pour le nez (p. 64 et suiv.) » la façon dont on doit se servir de cet instrument. Nous avons aussi parlé (p. 66) d'un instrument construit dans le même but par Martin Saint-Ange [2], et désigné par lui sous le nom de *rhinobyon*.

Malheureusement il est rare d'avoir sous la main, au moment voulu, tous ces instruments si ingénieux; les sondes en peau ou en caoutchouc peuvent remplir le même office. Aussi lorsqu'une hémorrhagie survient, le chirurgien est-il le plus souvent obligé de se servir d'appareils plus simples, bien que moins parfaits. Les fosses nasales postérieures peuvent être

[1] Pour notre part nous préférons encore la ouate, soit sèche, soit imbibée d'une solution de perchlorure de fer ou d'acide tannique. Cette dernière a l'avantage d'être facile à se procurer, de se mouler exactement sur les anfractuosités de la cavité nasale, et de pouvoir être facilement introduite sans produire d'excoriation de la muqueuse. (Note des traducteurs.)

[2] Lapeyroux : « Méthode pour arrêter les hémorrhagies nasales » (thèse de Paris, n° 314, 1836). Un instrument semblable a été inventé par Küchenmeister et appelé par lui *Rhineurynter* (Berlin Klin. Wochenschrift, 29 mai 1871). Voir aussi Closset (*ibid.*, 19 juin 1871) et Bruns (*ibid.*, 31 juillet 1871).

facilement tamponnées à l'aide d'une sonde élastique[1] ou d'une sonde métallique de femme, et cela de la façon suivante: à travers les yeux de la sonde on fait passer un petit morceau de fil, auquel on adapte un fil de cire à ligature ou une ficelle de fouet. L'instrument est alors introduit le long du plancher des fosses nasales et lorsque le fil apparaît dans le pharynx, on le saisit avec les doigts ou à l'aide d'une pince et on l'attire hors de la bouche. On attache alors au milieu du fil qui sort de la bouche un tampon de charpie et l'on retire le bout nasal jusqu'à ce que le tampon arrive en contact avec l'orifice postérieur des fosses nasales et ferme ainsi hermétiquement l'orifice du côté malade. On maintient ensuite le fil en place en le fixant derrière les oreilles à l'aide d'une couche de plâtre [2]. Un petit bout de fil doit être libre dans le pharynx; il sert à retirer le tampon au moment voulu.

Il est préférable d'employer un tampon assez épais pour être complètement imperméable et capable d'exercer une pression suffisante, plutôt que de le saturer d'une solution styptique, car il peut résulter des accidents désagréables, parfois même sérieux, de l'emploi d'une solution styptique, du perchlorure de fer en particulier. Le tampon sec lui-même n'est pas toujours sans danger, Créquy [3] rapporte un cas de gangrène étendue des parties molles de la face, qui survint presque immédiatement après cette opération. Colles [4] dit avoir vu le tétanos être le résultat du tamponnement, et Habershon [5] rapporte une observation dans laquelle le tamponnement fut suivi de pyohémie. Gross [6] aussi a observé plu-

[1] Pour notre part, nous préférons la sonde en gomme à celle de Bellocq; la première ayant le grand avantage de suivre plus facilement toutes les sinuosités des cavités nasales. Une fois arrivé dans le pharynx buccal hors il suffit de la tirer de la bouche avec une pince et d'attacher à son extrémité les fils destinés à revenir par les narines. (Note des traducteurs.)

[2] Mieux vaut encore du collodion liquide. (Note des traducteurs.)

[3] *Gazette des hôpitaux*. 1870, n° 56.

[4] Cité par Macnamara, *loc. cit.*, p. 58.

[5] *The Lancet*. 27 février 1875.

[6] *System of surgery*. Philadelphie, 1882, 6e ed., vol. II, p. 283.

sieurs cas dans lesquels l'empoisonnement du sang fut la conséquence du tamponnement.

Tous ces faits sont pour moi la preuve du danger auquel on s'expose en laissant les tampons trop longtemps en place. Un autre danger possible est l'érysipèle qui, d'après Monneret [1], a été observé plusieurs fois [2]. Règle générale, on ne doit pas laisser le tampon plus de quarante-huit heures en place, ou au plus soixante-douze heures. Après ce laps de temps le tampon doit être enlevé très doucement afin de ne pas déranger le caillot, ce qui pourrait déterminer une autre hémorrhagie. Des irrigations d'eau tiède additionnée de sel de cuisine dans la proportion de 4 grammes pour un demi-litre d'eau, faites par la narine saine, aideront à détacher le tampon. Ce dernier une fois enlevé, on fera chaque jour, ou un jour entre autres, très doucement, des irrigations nasales avec une solution désinfectante, ou légèrement astringente, du permanganate de potasse (0,12 centigr. pour 30 gr.) par exemple ou d'acide phénique (0,25 centigr. pour 30 gr.).

Traitement général. — Le chirurgien étant toujours maître d'arrêter l'épistaxis, le traitement médical sera rarement nécessaire; c'est seulement lorsque ces hémorrhagies sont fréquentes, mais pas assez graves pour réclamer le traitement chirurgical, que l'on devra employer des hémostatiques internes. Le meilleur à mon avis est l'ergot administré en potions ou en injections hypodermiques. On peut faire prendre au malade trente gouttes de teinture toutes les deux ou trois heures, ou dix gouttes d'une solution d'ergotine (au cinquième) en injections hypodermiques toutes les quatre heures. Je me suis toujours bien trouvé de cette méthode. Le laudanum est aussi un excellent astringent donné à petites doses: cinq à huit gouttes deux ou trois fois par jour.

Mais il est contre-indiqué lorsque l'épistaxis est le résultat

[1] Voyez Martineau : *Union médicale*. 1868, 3e série, t. VI, p. 330.

[2] On peut observer aussi des inflammations des trompes d'Eustache et de l'oreille moyenne (Gellé), inflammations pouvant aller jusqu'à la suppuration. (Note des traducteurs.)

d'une obstruction ayant son siège dans le poumon. On peut aussi employer dans le même but d'autres hémostatiques, l'acétate de plomb et les acides gallique et sulfurique.

Pour augmenter la densité du sang, on a recommandé l'emploi du carbonate de soude [1]; on le donne à la dose de 1 gr. 50 toutes les trois heures ; je n'en ai jamais fait usage.

Si le malade, lorsque vous êtes appelé à le voir, est si épuisé que l'on puisse redouter une syncope mortelle, on pourra si c'est possible, recourir à la transfusion [2].

Mosler [3] rapporte un cas d'hémophilie dans lequel la transfusion, non seulement arrêta l'épistaxis mais encore fit disparaître la fâcheuse tendance aux hémorrhagies, sous l'influence des causes les plus légères. Sydenham et Hoffmann recommandent tous les deux la saignée chez les individus pléthoriques sujets aux épistaxis, et J.-P. Frank [4] paraît en avoir usé quelquefois, mais si je mentionne ce mode de traitement c'est pour le condamner d'une façon absolue. Pour démontrer son inutilité, Frankel rapporte le cas d'une jeune fille qui fut prise d'épistaxis pendant une opération de transfusion, pour laquelle elle s'était offerte comme sujet.

Chez les individus pléthoriques, les purgatifs salins, pris deux ou trois fois par semaine, et la digitale, deux doses par jour, pourront être fort utiles. Dans l'épistaxis du purpura, Macnamara recommande comme très efficace l'essence de térébenthine ; il conseille d'administrer au malade la valeur d'un verre d'alcool de térébenthine. On doit le prendre mélangé à de l'eau-de-vie ou du whisky et l'avaler aussi rapidement que possible.

[1] Kunze : *Conpendium d. prakt. Med.*, 4e éd., p. 94.

[2] On pourra faire aussi quelques injections sous-cutanées d'éther sulfurique, moyen facile à appliquer et souvent très utile. (Note des traducteurs.)

[3] *Op. cit.* Les opinions attribuées aux divers auteurs dans la fin de cet article sont tirées de leurs ouvrages, que nous avons eu déjà l'occasion de citer plusieurs fois.

[4] *Op. cit.*, p. 140.

TUMEURS BÉNIGNES DU NEZ

POLYPES DU NEZ

Latin Eq. — Polypi nasi.
Anglais Eq. — Polypus of the nose.
Allemand Eq. — Nasenpolypen.
Italien Eq. — Polipi del naso.

Définition. — *Néoplasmes presque toujours de structure myxomateuse, mais contenant parfois du tissu fibro-cellulaire en petite quantité, ordinairement pédiculés, de forme arrondie, ovale ou pyriforme, d'une coloration rose pâle et dont la grosseur varie du volume d'une groseille à celle d'un gland, pouvant atteindre parfois cependant un volume plus considérable. Ils donnent lieu à une obstruction plus ou moins complète des fosses nasales, associée aux symptômes ordinaires de cette obstruction.*

Historique. — Depuis les temps les plus reculés, les polypes avaient attiré l'attention. Il ont été l'objet des études de la plupart des chirurgiens depuis Hippocrates jusqu'à nos jours. Le père de la médecine [1], en effet, paraît avoir parfaitement connu ce genre de tumeurs, car si la classification qu'il en fait est quelque peu fantaisiste, les conseils qu'il donne pour le traitement sont éminemment pratiques et témoignent d'une abondance considérable de ressources. Il conseille de les enlever de la façon suivante : Après avoir choisi un morceau d'éponge de grandeur suffisante pour pouvoir passer dans la cavité nasale, on y attache quatre cordons, longs d'environ une coudée et dont les extrémités libres sont reliées entre elles, une tige métallique longue et flexible, munie d'un orifice à son extrémité, est ensuite introduite dans les fosses nasales, on enfile alors dans l'ouverture de la lame métallique les extrémités libres des cordons, que l'on fait ainsi passer dans la cavité du nez. L'opérateur saisit alors les cordons, les tire fortement, et l'éponge parcourt les fosses nasales entraînant avec elle la masse des polypes. Quel qu'eût été le

[1] *De morbis*, lib. II. Ed. de Littré. Paris, 1851, t. VII, p. 51.

moyen employé pour détruire les tumeurs, arrachement ou cautère, Hippocrates appliquait ensuite un pansement, qui consistait en du miel, auquel il ajoutait parfois un caustique énergique, qu'il maintenait en contact avec les parties malades à l'aide de petites lamelles en plomb qu'il introduisait dans les narines. Dans les cas de polypes résistants, Hippocrates [1] enseigne qu'on peut, à l'aide d'une incision, pratiquer dans la narine une ouverture par laquelle on peut complètement extirper la tumeur. Les pédicules doivent être ensuite cautérisés au fer rouge. Celse [2] recommande de détruire les polypes par les caustiques ou le fer rouge. Mais il n'admet pas qu'on touche aux tumeurs plus dures qu'il considère comme malignes. D'après Galien [3] ce sont des excroissances contre nature, présentant l'aspect de la chair d'un polype; il recommande d'user de remèdes astringents locaux, au lieu d'employer le bistouri. Ætius [4], d'autre part, est d'avis que l'on peut user du cautère pour détruire les polypes. Paul d'Égine [5], qui était un apôtre du bistouri, recommande à l'opérateur de dilater la narine de la main gauche, pendant que de la droite il enlève le polype par une incision circulaire faite avec un scalpel de forme particulière. La masse est ensuite retirée des fosses nasales avec l'extrémité de l'instrument qui devait probablement se terminer en forme de crochet. Abulcasis [6] enseigne qu'ils doivent être tirés aussi loin que possible hors du nez à l'aide d'une pince, puis coupés avec le bistouri. Le pédicule devait ensuite être suffisamment râclé pour détruire les racines. Guy de Chauliac [7] recommande l'arrachement pour la destruction des polypes. A Guillaume de Salicet [8] revient le mérite d'avoir introduit la méthode d'étranglement du polype nasal; il entourait, en effet, le pédicule d'un nœud fortement serré. Il fait remarquer que le conduit nasal peut être élargi, s'il est nécessaire, au moyen de tampons d'éponge ou de racines de serpentaire, et que la tumeur doit être serrée fortement et le plus près possible de la racine, avec un fil de soie

[1] *De morbis*, lib. II. Ed. de Littré. Paris, 1851, t. VII, p. 53.

[2] *De Medicinâ*, lib. VI, p. VIII.

[3] *De comp. pharm. sec. locos*, liv. III, cap. III.

[4] *Tetrabibl.* II, serm. II, cap. LXXXIX.

[5] Lib. VI, cap. XXV.

[6] Liv. II, chap. XXIV (*Chirurgie d'Abulcasis*, traduite par le Dr Lucien Leclerc). Paris, 1861, p. 93 et suivantes.

[7] *Le Guydon* (Guy) en Français, par maistre Jean Camappe. Lyon, 1538, fol. 193.

[8] *Chirurgia Guillielmi de Saliceto*, in *Ars chirurgica Guidonis Cauliaci*. Venetiis, 1546, p. 308.

double. Dans les cas où ce moyen est impraticable, on doit se servir des pinces. Dans quelques cas, on doit détruire le moignon par l'application d'une substance caustique ou du cautère actuel. Arantius[1], n'étant pas satisfait des résultats du traitement par le bistouri, inventa, lui aussi, un genre de pinces mousses avec lesquelles il arrachait les polypes. Pour voir plus parfaitement les parties malades, il opérait toujours, dans une chambre noire, une ouverture arrondie pratiquée dans le volet, projetait la lumière solaire sur le nez du patient; ou bien, si le jour était sombre, il se procurait une lumière artificielle à l'aide d'une chandelle allumée placée derrière une carafe en verre, remplie d'eau pure. Fabrice d'Aquapendente[2] déclare avoir inventé pour l'ablation des polypes un instrument d'une perfection telle que « les malades venaient de toutes parts le trouver, avec la ferme confiance d'être guéris ». son instrument paraît avoir été une espèce de pinces dont les branches tranchantes étaient profondément creusées, de sorte que l'instrument fermé formait une espèce de canule dans laquelle on pouvait introduire un fil de fer rouge ou insuffler une poudre. A ce chirurgien on a aussi attribué le mérite d'avoir le premier proposé la pince pour l'arrachement des polypes. C'est certainement là une erreur et nous avons déjà montré que déjà longtemps auparavant, Guillaume de Salicet[3] avait recommandé cette méthode. Nous devons, au reste, ajouter que Fabrice lui-même ne s'est jamais vanté d'être l'inventeur de la *méthode,* mais seulement d'un instrument particulier qu'il appelle *couteau* à polypes, ne présentant pas les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de la *spatha* ou de l'ancien scalpel. On pourrait peut-être le considérer comme l'inventeur des pinces tranchantes. En 1628, Glandorp[4] publiait un traité sur les polypes plein d'érudition et contenant en outre une description fort exacte de cette affection. Plus tard Boerhaave[5] émit l'opinion que les polypes du nez étaient formés par le prolongement de la membrane de revêtement des sinus pituitaires. Il pensait que, pour une cause ou pour une autre, la sécrétion d'une cellule glandulaire, devenant trop épaisse, ne pouvait s'écouler convenablement de la cavité, qui se remplissait ainsi jusqu'à ce que la membrane de revêtement vînt faire saillie dans les fosses nasales où elle était suspendue comme un sac membraneux avec

[1] *De tumoribus præter naturam*. Appendice du traité : *De humano fœtu.* Venetiis, 1587, p. 170 et suivantes.

[2] *Operationes chirurgicæ*, cap. XXIV, *in opera chirurgica*. Lugduni Batavorum, 1723, p. 438 et suivantes.

[3] *Op. cit.* Voy. aussi Arantius.

[4] *Tractatus de Polypo.* Bremen, 1628, cap. VII.

[5] *Prælectiones ad institut.* ad § 498.

un contenu liquide ou semi-liquide [1]. Heister [2] expliquait la formation des polypes du nez par l'obstruction d'une ou de plusieurs glandes de la muqueuse pituitaire, donnant lieu à la formation de la tumeur. Nous pouvons signaler Morgagni [3] comme ayant cité en l'approuvant le procédé de Valsalva, qui conseille d'enlever la lamelle osseuse sur laquelle est inséré le polype, dans le but de prévenir la récidive. Levret [4], qui est surtout connu comme un gynécologiste éminent, paraît avoir été porté par la grande expérience qu'il avait de l'ablation des tumeurs vaginales et utérines, à s'occuper des polypes du nez; il a inventé plusieurs instruments fort ingénieux pour appliquer et maintenir les ligatures. Palluci [5], bientôt après, chercha à améliorer la méthode de Levret et, si l'on doit en croire ses comptes rendus, il fut, dans cette branche de la chirurgie, un des opérateurs les plus heureux qui aient existé. Au commencement de ce siècle, Robertson [6] publia une note en même temps qu'un dessin sur un instrument destiné à lier les polypes du nez. L'ironie du sort en ce qui concerne les inventions, se manifeste dans ce petit instrument, car Wilde reconnaît que c'est le serre-nœud nasal de Robertson qui lui servit de modèle pour la construction de son serre-nœud auriculaire, tandis que récemment encore Hilton, ignorant ce détail, proposait comme une chose originale de modifier l'instrument de Wilde pour l'appliquer à l'ablation des polypes du nez. De nos jours, de courts traités ont été publiés sur les polypes du nez par Gruner [7], Dzondi [8], W. Colles [9], Mathieu [10] et Thudichum [11] en dehors des innombrables

[1] On rencontre souvent des polypes qui paraissent avoir un volume considérable lorsqu'on les examine dans les fosses nasales, et qui sont considérablement réduits après l'extraction. Ce sont des polypes kystiques dont la cavité renferme un liquide, le plus souvent du pus. Cette particularité avait dû frapper Boerhaave, de là sa théorie sur la formation des polypes. Le fait était vrai mais l'explication fautive. (Note des traducteurs.)

[2] *Général system of surgery, English transl.* London, 1743, pt. II, p. 437 et suivantes.

[3] *De Sedibus et causis morb.* Ed. sec. Patavii, 1765, épist. XIV, sec. 19-20.

[4] *Observation sur la cure radicale de plusieurs polypes.* Paris, 1771, 3e édit., p. 214 et suivantes.

[5] *Ratio facilis atque tuta narium curandi polypos.* Vienne, 1763.

[6] *Edimburg med. and surg. Journ.* 1805, vol. 1, p. 410.

[7] *De Polypis in cavo narium obviis.* Lipsiæ, 1825.

[8] *Ergo polypi narium nequaquan extrahendi.* Halæ, 1837.

[9] *Nasal Polypi.* Dub. Quart. journ. of med. sc., novembre 1848, p. 373 et suivantes.

[10] *Sur les polypes muqueux des arrière-narines.* Thèse de Paris, 1875.

[11] *On polypus in the nose, etc.* London, 1869, 3e édit., 1877.

communications aux journaux de médecine [1]. Le sujet a été aussi traité d'une façon plus ou moins complète dans tous les traités généraux de chirurgie; les travaux de Durham [2] et de Spillmann [3] méritent une mention spéciale.

Un des ouvrages les plus récents ayant trait à ces maladies est celui de Zuckerkandl, dont le traité a la plus grande valeur au point de vue de l'anatomie pathologique de cette affection [4].

Etiologie. — Les causes des polypes du nez sont absolument inconnues. L'inflammation chronique des fosses nasales ne suffit pas à les produire, et pour le démontrer il suffit de ce fait que le catarrhe chronique est beaucoup plus fréquent chez les enfants que chez les adultes, tandis que les polypes muqueux sont très rares avant seize ans. Chez les adultes ils sont extrêmement communs; on les rencontre, d'après Zuckerkandl [5] (si on les recherche), une fois sur huit ou neuf autopsies. D'après la table ci-jointe (table A), c'est de vingt à trente ans que l'on rencontre le plus grand nombre de cas, 42 pour 100. Les hommes paraissent plus sujets à cette affection que les femmes, sur 200 cas que j'ai observés, j'ai compté 123 hommes pour 77 femmes. La plus jeune de mes malades, était une fille de seize ans, le plus jeune garçon avait dix-sept ans. On trouve dans la littérature médicale des exemples d'enfants plus jeunes que ceux que je viens de citer, mais je crois que dans la plupart des cas il s'agissait de tumeurs malignes ou fibreuses. Mason [6] a cependant rapporté le cas d'un jeune

[1] Ewalda Schmidt : dans ses commentaires chirurgicaux (*De polyporum extirpatio*. Berlin, 1829) donne également une note succincte et les planches des instruments employés avant son époque pour l'extirpation des polypes en général y compris ceux du nez. (Note des traducteurs.)

[2] *Holme's system of surgery*, vol. IV.

[3] *Dict. ency. des Sc. méd.* Art. « Nez ».

[4] *Normale u pathol. Anatomie der Nasenhohle*. Wien, 1882, p. 64 et suivantes.

[5] *Op. cit.*, p. 70.

[6] *Med. soc. Proceed.* London, 1872-4, vol. I, p. 156 et suivantes. Le travail de Mason date du 2 mars 1874. Dans ce rapport, l'âge que l'on donne au malade est 12 ans, tandis que sur le catalogue du College Royal des Chirurgiens où les tumeurs ont été déposées l'âge indiqué est 10 ans.

garçon âgé de douze ans seulement, chez lequel il avait enlevé plusieurs polypes fort développés. Dans la statistique que je donne, le malade le plus âgé au début de l'affection avait soixante-neuf ans, mais j'ai observé deux autres cas dans lesquels la maladie avait débuté à soixante-cinq et soixante-huit ans.

TABLE A

Indiquant l'âge et le sexe de 200 malades atteints de polypes du nez. La table indique autant que possible l'âge auquel la maladie a débuté.

AGE	HOMMES	FEMMES
De 16 à 20.	9	7
— 20 à 30.	51	34
— 30 à 40.	33	13
— 40 à 50.	18	13
— 50 à 60.	9	10
— 60 à 70.	3	»
	123	77

Les écrivains anciens, qui avaient en fait d'étiologie des idées très vagues, attribuaient les polypes à des influences, telles que l'hérédité, la strume, la syphilis, les miasmes et la suppression des menstrues, mais ces idées surannées ne supportent pas l'analyse rigoureuse de l'époque actuelle. Exceptionnellement les polypes peuvent naître d'une irritation mécanique, tels sont ceux produits par des corps étrangers, mais le cas de Van Meekren [1], dans lequel le noyau du polype était formé par un éclat de bois, est quelque peu suspect. Gerdy [2] a rapporté un cas dans lequel un large polype se produisit à la suite d'une fracture de la portion osseuse de la cloison [3].

Symptômes. — Au début les malades souffrent d'une aug-

[1] Rapporté par Morgagni, *loc. cit.*

[2] Des polypes et de leur traitement. Paris, 1883, p. 4, 5.

[3] Il est infiniment probable que les polypes sont le résultat d'irritations fréquentes de la muqueuse pituitaire chez certains sujets prédisposés et arrivés à un certain âge. (Note des traducteurs.)

mentations des sécrétions, d'une sensation de plénitude du nez et parfois d'une légère douleur frontale, accompagnée d'une occlusion partielle et variable d'une des deux narines. Les polypes étant généralement pédiculés, les malades éprouvent parfois, même à cette période, une sensation semblable à celle que causerait un corps étranger se mouvant d'arrière en avant ou de haut en bas dans l'intérieur des fosses nasales. Pour la même raison ces tumeurs jouent le rôle de valvule s'opposant au passage de l'air de dehors en dedans ou réciproquement. Elles donnent également lieu quelquefois à un bruit de battement décrit par Dupuytren, comme un bruit de drapeau. Toutefois il est à peine nécessaire de dire qu'en présence des autres signes objectifs ce dernier symptôme n'est d'aucune importance. Quand les deux fosses nasales sont obstruées, le malade est naturellement forcé de respirer uniquement par la bouche, et les phénomènes ordinaires de l'obstruction des fosses nasales surviennent alors, la voix subit une modification caractéristique et le sens de l'odorat est diminué, quelquefois même aboli. Il est très rare que ces tumeurs produisent une saillie des parois du nez, et c'est seulement dans des cas tout à fait exceptionnels que les parois du canal lacrymal étant comprimées on voit survenir de l'épiphora. De ce fait que les polypes muqueux sont très hygrométriques, il résulte que les symptômes s'aggravent dans les temps humides. La sécrétion du nez est ordinairement aqueuse, rarement irritante, et les épistaxis se produisent exceptionnellement.

Les polypes, lorsqu'ils sont développés, nombreux et s'insèrent à la partie antérieure de la cavité, peuvent être aperçus simplement par la vue, aidée d'une bonne lumière si l'on a soin de relever en même temps le bout du nez en haut et en arrière ; toutefois le spéculum est toujours d'une grande utilité même dans ces cas-là. Les polypes paraissent naître le plus souvent du cornet moyen et des parties situées immédiatement au-dessus (voyez table B), mais les recherches de Zuckerkandl démontrent (voir p. 186) que l'insertion réelle du polype nasal a souvent lieu beaucoup plus profondément qu'on ne le croirait au premier aspect.

TABLE B.

Montrant la situation apparente de 259 polypes observés par l'auteur sur 200 malades. Les néoplasmes étaient bilatéraux dans 59 cas.

Cornet moyen	104
Voisinage du cornet supérieur et méat supérieur	77
Cornet moyen et méat moyen	34
Méat moyen	24
Cornet inférieur	9
Toute la paroi externe du nez (à l'exception du méat inférieur)	11
	259

Dans des cas très rares seulement, la cloison est le siège de cette affection. Bryant[1], Leriche[2], Clinton Wagner[3], Hartmann[4], en rapportent chacun un exemple, et Zuckerkandl[5] en a rencontré trois. Ce sont les seuls cas authentiques que je connaisse. Toutefois les polypes qui naissent des cornets, pressent si fortement contre les parois de la cloison qu'il est parfois très difficile de passer, même une sonde très fine, entre cette dernière et la tumeur; ce fait a pu donner lieu quelquefois à des erreurs de diagnostic au sujet de l'insertion du néoplasme. Au moyen de la rhinoscopie nous avons pu observer plusieurs cas de petites tumeurs symétriques insérées sur la cloison, mais elles avaient toujours la structure des végétations adénoïdes ou étaient constituées par une simple hypertrophie de la muqueuse.

Les polypes muqueux restent d'ordinaire renfermés dans

[1] *Manuel of the practice of surgery*, 3e édit. London, 1879, vol. II, p. 7.

[2] *Gazette des hôpitaux*. 1874, n° 73.

[3] *Arch. of clin. Surg.* New-York, janvier, 1877.

[4] *Deutsch med. Wochenschrift.* 1879, nos 28-30.

[5] *Zur. path. u. phys. Anatomie der Nasenhöhle u. ihre pneumat. Anhänge.* — Wien. *med. Jahrb.* 1879. Voir aussi *Anatomie der Nasenhöhle*, p. 84. D'après la description de Zuckerkandl, il est certain qu'il s'agite de vrais polypes du nez.

l'intérieur des fosses nasales, mais lorsqu'ils prennent un très grand développement ils peuvent progresser en avant et en bas et faire issue hors de la cavité des narines. Quelquefois ils se dirigent du côté du pharynx et l'on peut alors facilement les apercevoir par la rhinoscopie postérieure. Parfois un polype présente plusieurs points d'attache sur les parties contigues de la paroi des fosses nasales; cette particularité, due au frottement et à la pression, se rencontre beaucoup plus fréquemment dans les cas de polypes fibreux que dans les tumeurs myxomateuses. Dans des cas fort rares les polypes muqueux peuvent, par compression, détruire le périoste. Colles [1] rapporte un fait de ce genre dans lequel les os du nez avaient été disjoints par la tumeur.

Les polypes muqueux sont généralement multiples et d'après mon expérience personnelle (voir T. B.) ils occupent les deux narines dans 30 p. 100 des cas. Au début de forme globuleuse, le plus souvent ils sont libres le long de la paroi du nez, suspendus par un étroit pédicule. L'action de la pesanteur sur leur contenu semi-liquide, leur fait bientôt prendre la forme caractéristique (forme de larme, *tear-shaped*) qu'on leur connaît. Toutefois ils ne gardent pas toujours cette configuration, car, ainsi que le fait remarquer Gruner, lorsqu'ils atteignent un volume considérable, ils cessent d'être pyriformes et se moulent aisément contre les parois rigides qui les entou rent de tous côtés.

Les vues que nous venons d'exposer sont toutefois en désaccord avec les observations anatomiques récentes de Zuckerkandl [2], qui soutient qu'il y a deux genres de polypes, à savoir: les polypes ovales avec un étroit pédicule et les polypes arrondis ayant une large base d'implantation, les premiers naissant des bords tranchants, les autres des surfaces aplaties. Zuckerkandl affirme en outre que jamais les polypes globuleux ne prennent la forme ovalaire, mais que chacun d'eux présente dès le début sa forme particulière.

[1] *Dub. Quart. Journ. med. sc.* N° 12, novembre, 1848, p. 374.

[2] *Op. cit.*, p. 78 et suivantes.

La dimension des polypes varie du volume d'une lentille à celui d'une châtaigne ; mais lorsqu'on est appelé à les traiter, ils ont le plus fréquemment la grosseur d'une groseille ou d'une grappe de raisin. Dans certains cas exceptionnels, j'ai constaté des polypes mesurant cinq pouces de long et ayant 7/8 de pouce de diamètre à leur base (fig. 66). J'ai enlevé ce polype en présence du Dr Snell, de Mile End, chez un homme âgé de vingt-deux ans. L'extraction date de



FIG. 66. — Polype enlevé par l'auteur.

neuf ans, et il n'y a pas eu récidive. Un exemple plus remarquable encore est relaté par Stoerk[1] ; il s'agit d'un polype inséré dans les arrière-fosses nasales qui arrivait jusqu'au larynx[2]. Il existe souvent un ou deux polypes du volume d'une petite grappe ou d'un grain de groseille et un grand nombre d'autres qui sont à peine visibles. D'une coloration ordinairement jaune sombre, ils sont quelquefois cependant gris ou rosé. Ils sont d'ordinaire lisses et brillants, et lorsqu'on les touche avec l'extrémité d'une sonde, la pression donne lieu à

[1] *Krankheiten der Kehlkopfes*. Stuttgard, 1880, p. 105.

[2] J'ai également vu récemment un enfant de 10 ans porteur de polypes faisant saillie sous la forme de grappes derrière le voile du palais et occasionnant parfois des accès de suffocation pendant la nuit, alors que le malade était couché sur le dos (E. J. Moure.).

une fossette, mais en raison de leur élasticité, ils reprennent aussitôt leur forme première. Lorsqu'on dirige sur le polype un faisceau lumineux intense, il paraît ordinairement un peu translucide. Les polypes muqueux sont dépourvus de sensibilité, la douleur qui résulte de leur extraction provient de leur connexion avec la muqueuse.

Les symptômes qui accompagnent d'ordinaire les polypes ont été déjà décrits ; nous devons cependant ajouter quelques mots sur certains troubles plus sérieux qui résultent de leur présence et sur lesquels on a attiré l'attention dans ces dernières années. Depuis longtemps déjà Voltolini [1] avait rapporté un cas dans lequel l'asthme résultait de la présence de polypes dans les fosses nasales ; des cas semblables ont été publiés par Hanisch [2], Porter [3], Daly [4], Todd [5], Spencer [6], Mulhall [7], Joal [8] et Jacquin [9], et le phénomène réflexe déterminant la production de l'athsme dans les cas de polype du nez a été discuté par Schaffer [10], Frankel [11] et Bresgen [12].

Les phénomènes réflexes qui résultent de l'obstruction des fosses nasales en général et dans les cas de polypes en particulier, ont été magistralement étudiés par Hack [13], qui considère le cauchemar, la toux, l'hémicranie, la névralgie faciale, certains troubles vaso-moteurs qui se manifestent par une rougeur érysipélateuse (dans lesquels la rougeur momentanée

[1] *Die Anwendung d. Galvanokaustik.* Wien, 1872, p. 246, 4 Aufl.

[2] *Berlin Klin. Wochenscrift*, 1874, n° 40.

[3] *New-York, Med. Record.* 11 octobre 1879 et aussi *Arch. of laryngology*, 1882, vol. III, n° 2.

[4] *Arch. of laryngology,* vol. II.

[5] *Trans. Missouri State med. Assoc.*, 1881

[6] Cité par Todd, *ibid.*

[7] *Saint-Louis, Med. Surg. Journ.* Feb. 1882.

[8] *Gazette des hôpitaux.* 1882, p. 442 et suivantes.

[9] *Ibid.* 1882, p. 507.

[10] *Deustche med. Wochenschrift.* 1879, n°s 32 et 33.

[11] *Berlin. Klin. Wochenschrift.* 1881, n°s 16 et 17.

[12] *Wolkmann's Klin. Vorträge.* 1882, n° 216.

[13] *Wien. med. Wochenschrift.* 1882, n°s 49, 50, 51 ; et 1883 n° 4 et suivants.

est limitée aux joues), les attaques de vertige, d'épilepsie, de rhinorrhée, et le catharre estival (Hay fever) comme étant très souvent la conséquence de polypes du nez ou d'une tuméfaction de la muqueuse des fosses nasales. Hack cite plusieurs cas dans lesquels ces différents troubles disparurent à la suite d'opérations chirurgicales dans les fosses nasales, et nous pouvons ajouter que les considérations étiologiques de cet auteur ont été confirmées par beaucoup d'autres observateurs. Löwe [1] a rapporté un cas dans lequel des attaques d'épilepsie presque quotidiennes cessèrent subitement après que les fosses nasales eurent été dégagées. L'obstruction avait été produite par un polype de la narine gauche, accompagné d'hypertrophie de la muqueuse du cornet supérieur et de végétations adénoïdes développées dans les arrière-fosses nasales. Quand ces causes d'irritation eurent disparu, les attaques ne survinrent plus que sous l'influence d'émotions morales extraordinaires.

J'ai été appelé à soigner un cas de ce genre (avec les Drs Hughlings Jackson et Sillifant, de Barnsbury). Le malade était un homme âgé de cinquante-cinq ans; il souffrait depuis plusieurs mois d'insomnies fort pénibles, accompagnées d'une dyspnée considérable qui l'empêchait de reposer pendant toute la nuit. Il éprouvait aussi de violentes douleurs faciales survenant par accès et avait eu à une ou deux reprises des crises épileptiformes pendant lesquelles il avait complètement perdu connaissance pendant vingt à trente minutes environ. Il présentait à la partie supérieure des fosses nasales, des deux côtés, une masse de polypes. Après l'ablation complète de ces néoplasmes, les attaques de dyspnée cessèrent complètement et les autres désordres nerveux s'apaisèrent graduellement. Elsberg [2], aussi, a cité des cas de chorée, d'épilepsie, de névralgie sus-orbitaire et d'hémicranie dus à l'irritation des fosses nasales. Seiler [3] a rapporté deux cas et en a cité deux autres dans lesquels il pense que l'hypertrophie de la partie antérieure du cornet inférieur produisait une toux fort pénible.

[1] *Allgemeine Med. central Zeitung.* 1882, n° 76.

[2] *Philadelphia. Med. News.* 26 mai 1883, p. 604.

[3] *Arch. of laryngology.* 1882, vol. III, p. 240 et suivantes.

Les faits qu'il rapporte ne sont pas très concluants; dans deux d'entre eux toutefois les symptômes laryngés disparurent à la suite du traitement de l'affection nasale. John Mackensie[1] a vu la toux se produire si souvent, comme symptôme réflexe, dans le cours des maladies du nez, qu'il a cessé de considérer ces faits comme des curiosités. Il professe cette opinion, que la partie postérieure des cornets moyen et inférieur ainsi que la partie correspondante de la cloison[2] sont le siège d'un réflexe particulier. Hack[3], d'autre part, conclut de ses propres observations, que des phénomènes réflexes, tels que la toux, l'éternûment, peuvent se produire à la suite de l'irritation de certaines parties de la muqueuse qui revêt les fosses nasales, mais que de tels phénomènes ne se produisent *qu'à la partie antérieure du cornet inférieur préalablement gonflé.*

J'ai observé dans ma pratique particulière les cas suivants d'asthme dus à des néoplasmes oblitérant les fosses nasales :

L'un de ces cas est celui d'une dame âgée de soixante-trois ans, qui vint me consulter en 1874; elle souffrait depuis trois ans de violents accès d'asthme, qui la prenaient à peu près toutes les nuits. Elle avait usé de divers remèdes avec un succès relatif, mais elle fut complètement guérie de ses crises à la suite de l'ablation de deux polypes considérables insérés sur chacun des cornets moyens.

Le second cas est celui d'un gentlman âgé de quarante-sept ans; je le vis pour la première fois en juillet 1876. Pendant les cinq dernières années il avait souffert de temps à autre des crises d'asthme; les paroxysmes, comme dans le cas précédent, se produisaient surtout la nuit. L'ablation d'un nombre considérable de petites tumeurs qui siégeaient au voisinage du cornet supérieur et à droite délivrèrent complètement le malade de ses crises asthmatiques; elles se produisirent toutefois de nouveau après un intervalle de quatre mois.

[1] *Amer. Journ. med. sc.* Juillet 1883, p. 106 et suivantes.

[2] Nous avons donné une analyse détaillée du travail de John Mackensie dans la *Revue mensuelle de laryngologie.* Mars 1884, p. 104. (Note des traducteurs.)

[3] *Loc. cit.*, p. 36.

Le retour de la dyspnée se trouva à coïncider avec le développement récent d'un polype; il fut enlevé et de nouveau les crises d'asthme disparurent.

Le troisième malade m'a été récemment présenté par le Dr Hughes de Llanberis; des crises d'asthme très violentes paraissaient être causées par la présence de polypes du nez; de violents paroxysmes se produisaient aussi à la suite d'insufflation d'acide tannique.

Daly [1] a soutenu il y a peu de temps que la prédisposition au catarrhe estival (Hay fever) pouvait naître de l'hypertrophie de la muqueuse du nez, et cette théorie a été adoptée par Roé [2] d'Albany. Mon expérience personnelle ne m'a pas permis de confirmer ces vues.

Bien que j'admette entièrement qu'un grand nombre de phénomènes réflexes proviennent des fosses nasales, je dois cependant prévenir les jeunes spécialistes que les diverses affections que l'on considère comme résultant d'une maladie du nez sont dues très fréquemment à d'autres causes que l'on doit chercher à combattre avant d'incriminer les fosses nasales [3].

Diagnostic. — Bien que dans la plupart des cas le diagnostic des polypes du nez soit facile, on peut quelquefois se tromper. Leur consistance gélatineuse, leur élasticité, leur mobilité, leur couleur pâle, à demi transparente, sont les signes caractéristiques qui, dans la plupart des cas, permettent de les distinguer de toutes les autres tumeurs. Les tumeurs fibreuses, les sarcomes, les cancers, ont d'ordinaire une plus

[1] *Arch. of Laryngology.* 1882, vol. III, p. 157 et suivantes.

[2] *New-York. Med. journ.* 12 mai 1883, p. 509 et suivantes.

[3] Nous sommes absolument de l'avis de l'auteur au sujet de cette réserve. Si l'on doit connaître l'existence de ces sortes de réflexes, il faut cependant se garder de tomber dans l'exagération et ne plus voir que des névroses réflexes d'origine nasale. D'un autre côté s'il est vrai que l'excitation d'une partie du cornet ou de la cloison puisse engendrer soit de la toux, des migraines, des éternuements, etc., nous pensons que le siège des excitations variera avec chaque névrose bien distincte et qu'en certains points on pourra trouver des combinaisons de plusieurs d'entre elles. (Note des traducteurs.)

grande consistance, saignent facilement, lorsqu'on les touche, causent des douleurs très intenses et défigurent souvent le malade. La dureté des tumeurs osseuses ou cartilagineuses ne permet pas une erreur. La déviation de la cloison a été prise quelquefois pour des polypes; mais quand elle existe, on observe dans l'une des fosses nasales une saillie anormale correspondant à une dépression de l'autre côté, indiquant ainsi l'affection en présence de laquelle on se trouve. Les abcès chroniques de la cloison ont été fréquemment pris pour des polypes, mais le plus souvent ils diffèrent complètement de ces derniers. Tandis que le polype, en effet, s'insère sur la paroi externe des fosses nasales à l'aide d'un pédicule, les abcès siègent sur la cloison où ils reposent sur une large surface. Lorsqu'on a affaire à un abcès, il existe, dans la grande majorité des cas, une tumeur semblable dans la narine opposée, tumeur dont les surfaces d'insertion correspondent exactement à celle de l'autre narine.

Les tumeurs sanguines présentent les mêmes caractères généraux que les abcès; elles en diffèrent par leur coloration rouge pourpré. Dans les deux cas, les malades ont été depuis peu victimes d'un traumatisme du nez. Dans les cas douteux une ponction permettra de trancher la question et de déterminer la nature de la tumeur. — L'affection que l'on confond le plus souvent avec les polypes est l'hypertrophie de la muqueuse de revêtement des cornets inférieurs. C'est une erreur commune, à bon nombre de praticiens, et cela tient à ce que le diagnostic différentiel des deux affections n'est pas fait dans les ouvrages classiques de chirurgie. Les polypes, bien que fort souvent bilatéraux, affectent rarement une symétrie aussi parfaite que le gonflement de la muqueuse, et tandis que leur coloration est jaune pâle ou rosée, celle des cornets hypertrophiés est brillante, sombre ou rouge. De plus, bien que la muqueuse gonflée puisse être facilement déprimée par la sonde, la masse tout entière ne se laisse pas mouvoir comme dans les cas de polypes. On ne doit pas oublier cependant que les polypes et l'hypertrophie coexistent souvent.

On pourrait peut-être prendre pour un polype un corps

étranger des fosses nasales, mais l'inflammation et l'écoulement fétide qui accompagnent ce dernier doivent suffire pour le distinguer d'une tumeur muqueuse.

Dans certains cas fort rares, et que nous rapportons à titre de curiosité, on peut avoir affaire à une distension de la muqueuse des cellules ethmoïdales et à une hernie du cerveau. Le Musée du « St-Thomas's-Hospital », contient deux exemples de la première affection qui pendant la vie, avait présenté toutes les apparences des polypes muqueux [1]. Ainsi que le fait observer Spencer Watson [2], à propos de ces deux spécimens, la paroi dure de la masse ainsi projetée et l'issu du mucus à la ponction, suffisent à en déterminer la nature. Cruveilher [3] rapporte un cas fort curieux de hernie de la dure-mère et du cerveau, qui ressemblait à s'y méprendre à un polype et qu'il découvrit à l'autopsie. Une tumeur de cette nature doit avoir des mouvements rhytmiques en rapport avec les mouvements respiratoires, elle doit aussi avoir des pulsations correspondant à la systole cardiaque; de plus, pendant son développement, il doit survenir à peu près sûrement des symptômes cérébraux.

Anatomie pathologique. — Les polypes sont ordinairement revêtus d'une couche épithéliale à cils vibratiles au dessous de laquelle on trouve quelques capillaires dilatés, mais pas d'éléments nerveux. La masse de la tumeur est formée par du tissu conjonctif embryonnaire, constitué par une substance gélatineuse hyaline, au sein de laquelle sont épars, dans toutes les directions, des trabécules fibreux. La substance gélatineuse est très riche en mucine et contient au début, des cellules rondes ou ovales, qui plus tard prennent une forme allongée, fusiforme ou étoilée et sont pour la plupart nucléées et granuleuses. D'après Cornil et Ranvier [4], le dernier genre de cellule est le plus fréquent. La consistance de la tumeur varie

[1] *Museum catalogue*. Sec. 1, nos 14 et 15.

[2] *Diseases of the nose*. London, 1876, p. 73.

[3] *Anatom. pathol. du corps humain.* Paris, 1835-42, t. II, livraison XXVI, p. 5 et 6.

[4] *Manuel d'histol. path.* Paris, 1869, p. 145.

suivant que le tissu conjonctif ou la substance muqueuse prédominent. Çà et là on peut rencontrer des petites cavités remplies d'un liquide incolore, visqueux. Certains auteurs considèrent ces tumeurs comme des kystes, mais Follin et Duplay[1] font observer que l'absence d'une paroi propre est une preuve que ces néoformations ne sont pas des kystes dans la véritable acception du mot. Cependant Zuckerkandl[2] affirme

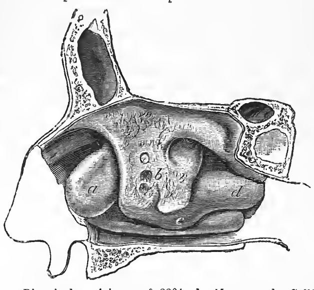


FIG. 67. — D'après le spécimen n° 2201 du Museum du Collège royal des chirurgiens de Londres.

a, Polype inséré dans le méat moyen; *b*, morceau de polype en forme de tablier, inséré sur la voûte du nez et le cornet supérieur et recouvrant en partie le cornet moyen *d*, considérablement hypertrophié; *c*, portion du cornet moyen, se projetant sur le cornet inférieur. Tout près de *b*, on aperçoit trois petites érosions probablement causées par la pression sur la paroi interne.

avoir rencontré de véritables kystes à côté de polypes du nez. Leur coloration, dit-il, est blanche et ils présentent d'ordinaire le volume d'un haricot; il a même une fois observé un kyste du volume d'une noix, né de la partie antérieure du cornet inférieur et rempli d'un liquide ayant la consistance du miel[3]. Les polypes du nez contiennent parfois de petites glandes

[1] *Traité élém. de Pathol. externe*. Paris, 1877, t. III, p. 812.

[2] *Op. cit.*, p. 100.

[3] Si les véritables kystes sont rares, il n'en est pas de même de ces dila-

mais la tumeur elle-même ne paraît pas avoir une origine glandulaire. L'hypertrophie de la muqueuse du nez est fréquemment associée aux polypes, d'autre part ces néoplasmes amènent souvent l'atrophie des parties molles.

Il est souvent plus important de déterminer exactement le point d'origine du polype du nez, que de connaître sa structure; c'est à Zuckerkandl[1] que nous devons les renseignements les plus précieux à ce sujet, il a récemment en effet, publié le relevé des autopsies de trente-neuf cas de polypes et de gonflement polypoïde de la muqueuse des fosses nasales. Ces observations ont une valeur d'autant plus grande, qu'elles ont été faites après l'ablation graduelle des différentes parties osseuses qui empêchaient de déterminer l'origine profonde de ces tumeurs. Dans quelques-uns des cas cités par Zuckerkandl, il s'agissait simplement d'une hypertrophie de la muqueuse, un ou deux autres étaient douteux, dans l'un il s'agissait d'un papillome, deux fois enfin, le néoplasme venait de la cavité naso-pharyngienne, et trois fois, les excroissances polypoïdes, naissaient de la cloison. Dans plusieurs cas, les tumeurs étaient fort nombreuses, au point qu'il a pu déterminer l'insertion exacte de quarante-deux [2] polypes. Dans quatorze cas les polypes étaient insérés sur le *hiatus semi-lunaire*, trois fois sur les bords du *hiatus* et de l'*infundibulum*, deux étaient complètement enfermés dans l'*infundibulum*, il en a rencontré un venant du *sinus frontal*, un du *sinus sphénoïdal*, un autre du *sinus ethmoïdal*, deux de l'*antre*, dix venaient du *méat moyen*, trois du *méat supérieur*, quatre du *cornet moyen* et un du *cornet supérieur*.

tations kystiques qui arrivent parfois à un volume considérable (œuf de pigeon ou de poule); c'est surtout lorsque ces néoplasmes siègent dans la cavité naso-pharyngienne qu'ils atteignent le plus grand développement (J. Moure), et nous avouerons même que la plus grande partie des tumeurs polypeuses occupant la cavité rétro-nasale contiennent des poches kystiques en plus ou moins grand nombre et de volume variable. (Note des traducteurs.)

[1] *Op. cit.*, p. 64 et suivantes.

[2] *Op. cit.*, p. 64 à 84. En réalité, le nombre de ces tumeurs était plus considérable, car plusieurs fois après avoir déterminé un point d'insertion il déclare que plusieurs polypes s'y inséraient.

Pronostic. — Les polypes du nez sont une cause de gêne considérable, mais font rarement courir aux malades des dangers sérieux. Certains phénomènes réflexes fort rares que nous avons déjà décrits, constituent peut-être les symptômes les plus graves.

Nous n'avons pas à nous arrêter ici à l'étude des déformations de la face, tant sont rares les cas où elles ont été produites par de vrais polypes. Toutefois, même après que ces tumeurs paraissent avoir été complètement enlevées, le malade a beaucoup de chances de voir la maladie se reproduire. Cela tient, d'une part, à ce que bien souvent on n'a pas atteint leur vrai point d'insertion et à ce que, d'autre part, il existe souvent de petits polypes qui n'ont pu être aperçus lors de l'ablation des tumeurs plus volumineuses. Mais ces petites excroissances, cessant d'être comprimées, se développent à leur tour et donnent naissance à de nouvelles tumeurs.

Les polypes sont parfois expulsés [1] spontanément, et j'ai vu ce fait se produire plusieurs fois. Mais, autant que mon expérience personnelle me permet de l'affirmer, cela n'arrive que lorsque plusieurs polypes sont pressés les uns contre les autres, et dans les cas de ce genre la guérison n'a jamais été définitive.

On a cité un cas de *résorption* spontanée [2]; mais comme le (polype)? avait provoqué une céphalalgie très intense lors de son développement, qui avait été très rapide, et s'était ensuite sphacélé, nous ne pouvons croire qu'on eût affaire dans ce cas à l'affection qui nous occupe dans ce chapitre.

Traitement. — Le *traitement médical* fut tout d'abord employé dans le but de faire dessécher le polype, et ce mode de traitement fut naturellement suggéré par la nature gélatineuse de ce genre de tumeur. Galien paraît avoir fait usage de l'alun et du jus de grenade Plus tard on se servit dans le même but du chlorure d'antimoine et de l'acide sulfurique, et dans les temps modernes diverses substances astringentes ou

[1] Michel, *Op. cit.*, p. 55.

[2] Maddock, *Lancet*, 1836-37, vol. II, p. 590, 591.

caustique ont été recommandées. En 1821, Primus, de Babenhausen [1], rapporte deux cas traités par lui avec succès à l'aide de la teinture safranée d'opium de la Pharmacopée prussienne D'après ce chirurgien, en badigeonnant plusieurs fois par jour le polype pendant sept à dix jours environ on le voit se ratatiner d'abord et se détacher ensuite complètement. Bryant [2] recommande vivement les insufflations de tannin finement pulvérisé, faites à l'aide de son insufflateur (fig. 18, p. 35). J'ai usé de ce moyen à plusieurs reprises chez des personnes nerveuses et qui se refusaient à une opération sans obtenir le moindre résultat. Nélaton [3] a employé avec succès le nitrate d'argent.

Reeder [4], d'Illinois, a traité avec succès deux cas de polypes du nez par des injections interstitielles de perchlorure de fer. Erichsen [5] rapporte un cas dans lequel, à la suite d'injections au chlorure de zinc, il a vu se sphacéler et tomber, un polype assez volumineux pour obstruer complètement la narine et descendre jusque dans le pharynx.

Frédéricq [6] prétend avoir obtenu les meilleurs résultats de l'emploi du bichromate de potasse en solution aqueuse saturée, dans le traitement des polypes. Il dit avoir produit une inflammation ayant amené la résorption de la tumeur. L'application du caustique peut être faite à une ou deux reprises; Frédérick affirme avoir guéri de cette façon plusieurs polypes et n'avoir jamais eu de récidive; de plus, il n'a jamais observé de fâcheux effets de l'emploi du bichromate. Donaldson [7], de Baltimore, s'est fort bien trouvé de l'emploi de l'acide chromique. On badigeonne la muqueuse à l'aide d'une

[1] *Hartenkeil's Medico-chir. Zeitung.* Salzburg, 1821, p. 56.

[2] *Lancet*, février 1867, p. 235.

[3] *Pathologie chirurgicale.* Paris, 1874, 2e édit , t. III, p. 748

[4] Cité par Gross : *System of Surgery.* Philadelphie, 1882, 6e édit, t. II, p. 290.

[5] *Science and art of Surgery*, 6e édit., t. II, p. 320.

[6] Mémoire présenté à la Société de médecine de Gand. 1862. Cité par Spillmann, *Dict. Encyclop.*, t. XIII, p. 88.

[7] *Philadelphia. Medical News.* 26 mai 1883, p. 597.

solution de plomb, et on applique sur le polype une pâte à l'acide chromique, à l'aide d'une tige en verre enduite de cette substance, et qu'on introduit dans le tissu de la tumeur. On voit bientôt la masse se dessécher et on peut l'enlever facilement avec la pince dans la même séance.

La plupart des praticiens s'accordent toutefois à reconnaître que les astringents offrent de si faibles chances de succès qu'il ne vaut pas la peine d'y recourir. L'application de caustiques ou d'escharotiques énergiques, détruiraient rapidement, sans aucun doute, à peu près tous les myxomes du nez; mais ce mode de traitement est lent, fort douloureux, il est, en outre, difficile de limiter exactement à la tumeur l'action du caustique. L'électrolyse réussirait très probablement aussi à détruire les tumeurs de ce genre, mais son action serait extrêmement lente.

Traitement chirurgical. — Il existe trois méthodes principales pour l'ablation ou la destruction des polypes du nez; ce sont : l'*arrachement*, l'*excision*, la *galvano-caustie.*

L'*arrachement* avec les pinces est la méthode la plus ancienne et, de nos jours encore la plus généralement employée; nous devons reconnaître que c'est là un moyen très rapide d'enlever les polypes, mais la facilité avec laquelle on les atteint d'ordinaire par cette méthode avait, dans les premiers temps, fait supposer aux praticiens que ce mode de traitement était également applicable à tous les genres de polypes du nez, quelque fût leur siège et leur mode d'insertion. Partant de ce principe les chirurgiens du siècle dernier avaient augmenté la grandeur et la puissance de leurs pinces et leur avaient donné des courbures convenables à leur introduction soit par les narines soit par le pharynx, comme si l'on n'avait à se préoccuper que de saisir solidement la tumeur et de la tirer avec force au dehors. L'ablation de la cloison, de graves lésions de l'ethmoïde et des os propres du nez furent souvent la conséquence de cette énergique intervention; il n'est donc pas étonnant que ce mode de traitement ait rencontré, au bout d'un certain temps, une vive opposition.

Bien que dans ces dernières années, la méthode de l'arrachement par les pinces ait été appuyée sur des bases rationnelles et scientifiques, on a récemment encore essayé de faire revivre les préjugés autrefois si bien fondés, qui existent contre les pinces. Tandis que ce mode de traitement est journellement employé par la plupart des chirurgiens, et qu'il est à peu près universellement recommandé par nos traités classiques de chirurgie [1], bon nombre de spécialistes éminents le condamnent de la façon la plus énergique.

Voltolini [2] s'exprime en ces termes : « Dans ces dernières années les pinces ont pris le pas sur tous les autres instruments, et comme de graves lésions des fosses nasales ont été fréquemment le résultat de son emploi, bon nombre de chirurgiens des plus distingués sont d'avis que l'ablation des polypes est une opération des plus brutales et des plus désagréables... Les pinces introduites à l'aventure, saisissent et arrachent tout ce qu'elles rencontre, tissus sains et malades, mous ou durs (cornets et cloison). » Il ajoute. « Dans les opérations avec les pinces, on doit parfois déployer une grande force; et souvent même il faut tirer avec énergie pour arracher le polype.»

Michel [3] dit avoir vu des malades qui ayant été opérés avec les pinces, présentaient une luxation de la portion cartilagineuse de la cloison, une fracture des os du nez, l'ablation d'une partie des cornets, toutes circonstances qui augmentent les souffrances des patients et rendent l'opération horriblement douloureuse. Zaufal [4] recommandant le serre-nœud, dit que, par ce moyen il espère rendre désormais impossible l'opération barbare et surannée de l'ablation par les pinces, si indigne de la chirurgie moderne.

Plus récemment encore, Lemeré [5] a compulsé la littérature

[1] *Erichsen, Gant, Bryant, Fergusson, Gross, Hueter, Lücke, Albert* et *Duplay.*

[2] *Die Anwendung der Galvanocaustik*, p. 243.

[3] *Die Krankheiten der Nasenhöhle.* Berlin, 1876, p. 57.

[4] *Die Allgemeine Verwendbarkeit der kalten Drahtschlinge.* 1878.

[5] Sur les accidents consécutifs à l'arrachement des polypes des fosses nasales. Paris, 1877.

médicale française dans le but de réunir toutes les observations qu'il a pu trouver, relatant les accidents consécutifs à l'arrachement des polypes. Il les divise en accidents immédiats, et en accidents éloignés. Dans le premier groupe, il mentionne simplement les hémorrhagies, et, comme exemple, il cite le cas d'un malade, chez lequel Gosselin dût pratiquer le tamponnement des fosses nasales, et un autre (de Gerdy) chez lequel on dût arrêter l'hémorrhagie de la même façon. Dans ce dernier cas le patient succomba, mais comme l'examen ultérieur démontra clairement qu'on avait affaire à un fibrôme, nous ne devons pas le faire entrer en ligne de compte, dans la question de l'ablation des polypes muqueux. Parmi les accidents éloignés qui peuvent être le résultat de l'ablation des polypes du nez, il cite les suivants : 1° oblitération du canal nasal; 2° lésions de l'antre ou des sinus frontaux; 3° blessure des veines; 4° lésions des os du nez et du crâne, et 5° répullulation abondante et rapide. On ne connaît qu'un seul cas d'oblitération du canal nasal, rapporté par Péan : le malade guérit ultérieurement. A propos des lésions de l'antre et des sinus, c'est encore à Péan que nous devons l'observation d'un malade qui souffrait, depuis douze ans, d'une tumeur située profondément dans le maxillaire. Elle avait, au dire du malade, débuté après l'ablation d'un polype. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide sirupeux, de coloration ambrée, contenant des cristaux de cholestérine.

Lemeré rapporte deux observations de lésions des sinus; l'une (de Broca) dans laquelle un abcès se forma dans le sinus frontal, quelques semaines après l'ablation d'un polype. Cet abcès fut guéri en trois jours. Dans la seconde (de Demarquay) le malade vit, après l'ablation d'un polype, un abcès se développer dans le sinus. L'os fut trépané et le malade guérit. Lemeré cite encore cette dernière observation comme un exemple de lésions veineuses : la tumeur ayant, en effet récidivé l'année suivante, un érysipèle suivit l'ablation du nouveau polype; six mois après une nouvelle opération donna les mêmes résultats; trois mois plus tard, une dernière opération fut faite, et le pédicule cautérisé au nitrate d'argent.

Il survint alors de violentes douleurs de tête occupant la moitié droite du crâne, et une violente inflammation de la muqueuse pituitaire. Douze jours plus tard, on vit se produire un affaissement de la paupière ; l'œil droit devint fixe, la pupille dilatée et insensible à la lumière. La mort survint quinze jours après l'opération. A l'autopsie, on constata une congestion intense des méninges de la moitié droite de la base du crâne. Le corps du sphénoïde était friable, et du pus suintait de la selle turcique. Les sinus caverneux étaient pleins de pus; il existait, en outre, une infiltration purulente de la muqueuse pituitaire à droite. Le sphénoïde, l'ethmoïde et les sinus maxillaires étaient pleins de pus.

La mort, dans ce cas-là, ne me paraît pas être le résultat d'une infection veineuse, mais de la propagation de l'inflammation des fosses nasales aux sinus et au cerveau. Il est clair, en effet, qu'on n'aurait pas dû faire des tentatives d'ablations répétées, car le malade était un vieillard et prédisposé aux érysipèles; mais, comme il était lui-même médecin, il insista pour qu'on fît usage de procédés évidemment inopportuns; aussi ne doit-on pas invoquer cet exemple dans l'appréciation des mérites ou des inconvénients de l'arrachement des polypes. Comme exemple de lésions des os du crâne, Léméré mentionne un cas (de Tillaux) dans lequel le malade vint le consulter pour un écoulement constant de liquide par les fosses nasales. Ce liquide fut examiné par Robin et Mehu; ils constatèrent qu'on avait affaire à du liquide céphalo-rachidien pur. A deux reprises différentes, le malade avait été soumis, quelque temps auparavant, à l'ablation de polypes. Tillaux estime que dans, l'une de ces opérations, la lame criblée de l'ethmoïde avait été brisée par les pinces. Le seul exemple de repullulation abondante et rapide, rapporté par Lemeré était évidemment un cas de cancer.

Les faits ci-dessus, extraits d'un ouvrage écrit dans le but avéré de prouver les dangers de l'arrachement par les pinces, démontrent combien il est difficile de citer des exemples probants *des dangers de l'extraction par les pinces*. Al-

bert [1], dans un ouvrage récent, a défendu cette méthode contre les attaques des spécialistes. Voici quelques-unes des remarques qu'il fait à ce sujet : « Dans ces dernières années, cette méthode (l'opération à l'aide des pinces) a été condamnée comme brutale, douloureuse et inefficace. Il en est ainsi, sans doute, quand l'opération est faite, d'une façon brutale, par une main grossière et inhabile ; mais le chirurgien prudent ne pénètre pas au hasard et en aveugle dans la cavité nasale. Au contraire, après avoir donné à son malade une position convenable, il fait usage d'un speculum nasi, et, après avoir choisi avec soin des pinces en rapport avec la grandeur et la situation du polype, il le saisit par le pédicule et l'enlève avec douceur à l'aide de petits mouvements rotatoires ». Il ajoute, que, « l'hostilité des spécialistes pour une méthode ancienne et universellement pratiquée (l'ablation par les pinces) provient du désir, facile à *comprendre*, de spécialiser cette opération chirurgicale ». Les spécialistes pourraient tout aussi bien répondre que l'hostilité de certains chirurgiens pour de nouvelles et excellentes méthodes de traitement, qu'ils sont *incapables* d'employer d'une façon parfaite, est tout aussi facile à comprendre. Mais il est préférable de ne pas user de tels *arguments* dans une discussion scientifique.

Chose curieuse, la principale objection de Voltolini, Michel et autres contre la méthode de l'arrachement, à savoir qu'il arrive fréquemment d'enlever une portion de cornet, est considérée comme un excellent argument par les partisans de la pince à polype. J'ai déjà montré (voir l'*Historique*) qu'au dix-huitième siècle, Valsalva [2], dans le but de prévenir la récidive du néoplasme, introduisit la pratique d'enlever en même temps que le polype, la lamelle osseuse sur laquelle il était inséré ; et, de nos jours, deux chirurgiens éminents, Fergusson [3]

[1] *Lehrbuch der Chirurgie*. Wien et Leipzig, 1881, Bd. I, p. 305.

[2] Morgagni : *De sedibus et causis morborum*. Patavii, 1765, cap. XIV, sec. 19.

[3] Bien que cet auteur n'en ait parlé dans aucun de ses écrits, je lui ai souvent entendu dire que l'on ne pouvait être sûr d'avoir définitivement enlevé un polype que lorsque une partie de l'os avait été arrachée avec lui.

et Pirogoff[1], ont préconisé le même traitement. Je puis ajouter qu'il m'est arrivé assez souvent d'enlever une partie des cornets, sans qu'il se soit produit aucun accident fâcheux, et je doute fort qu'il puisse résulter aucun danger de l'ablation *partielle* de l'un de ces os.

Il est parfaitement exact que la température de l'air inspiré par les fosses nasales est supérieure à son arrivée dans le poumon, à celle de l'air qui pénètre dans cet organe en passant par la bouche; cela tient jusqu'à un certain point, à la vascularisation particulière des cornets. Gréhant[2], le premier, démontra qu'il en était ainsi, à l'aide d'expériences fort intéressantes. Elles consistaient à déterminer et à comparer la température de l'air expiré après une inspiration nasale d'abord, après une inspiration buccale ensuite. Voici quelques détails sur les expériences de cet auteur : il plaçait un petit thermomètre dans un tube en verre fermé à chaque extrémité par un bouchon de liège, perforé de manière à laisser au courant d'air un libre passage. Le tout était ensuite enfermé dans un second tube et l'espace entre les deux était rempli d'ouate. Portant alors à la bouche le tube extérieur, la boule du thermomètre étant située à environ deux centimètres des lèvres, l'expérimentateur faisait une inspiration nasale, en ayant soin de fermer à l'aide de la langue, l'orifice du tube extérieur; il faisait ensuite passer l'air expiré dans l'appareil contenant le thermomètre. Dans ces conditions la température de l'air extérieur étant de 22° C., celle de l'air expiré était de 35,4° C. D'autre part, après une inspiration buccale (le tube étant comme ci-dessus fermé avec la langue) la température de l'air expiré s'élevait à 34,2° C. Dans ces expériences, la température de l'air expiré était variable, moins élevée au commencement de l'expiration qu'à la fin. La température donnée par Gréhant est la moyenne de celle observée à trois périodes différentes de l'acte expiratoire, à savoir au commencement, au milieu et à la fin. En raison de ce fait, et de quelques autres particularités, ces expériences ne m'ont pas paru absolument satisfaisantes et j'ai cru utile de les répéter en en modifiant quelque peu la forme. Dans les recherches qui suivent mon assistant, le Dr George F. Hawley (U. S. A.), m'a été d'un très grand secours. Au lieu de pratiquer l'expiration directement sur le thermomètre, j'employai un grand ballon en caoutchouc de la contenance d'environ quatre litres.

[1] *Klinische chirurgie*, stes Heft. Leipzig 1854, p. 73.

[2] Recherches physiques sur la respiration de l'homme. (Thèse de Paris, n° 161, 1864, p. 30 et suivantes.)

A l'une des extrémités du ballon, la plus éloignée de la bouche, était introduit un thermomètre, tandis que l'extrémité la plus proche portait un tuyau en caoutchouc, qui servait d'embout pour la bouche. Puis on comparait les températures de l'air expiré d'abord après une inspiration buccale et ensuite après une inspiration nasale. La température de l'air ambiant étant de 21°,2 C., on trouve dans un grand nombre d'expériences, qu'en moyenne l'air expiré était de 24° C, après l'inspiration nasale et de 23°,1 C. seulement après l'inspiration buccale. En d'autres termes : l'inspiration par le nez amena une élevation de température supérieure de 1 degré à l'élévation produite par l'inspiration buccale. On peut objecter à ces expériences qu'elles ne montrent pas la différence de température de l'air après une inspiration nasale et une inspiration buccale, mais indiquent simplement la différence entre l'air expiré après ces deux modes d'inspiration. Aussi m'a-t-il paru intéressant de faire des expériences plus directes. Je disposai un thermomètre de façon qu'il pût être tenu dans la bouche, la boule placée dans le pharynx entre la luette et la paroi pharyngée. Le support de l'instrument consistait en une simple tige de bois, percée au centre d'un trou, juste assez large pour introduire le thermomètre et le maintenir en place; cette tige était tenue entre les dents, comme le mors d'un cheval et de manière à ce qu'il n'y eut aucun contact entre les lèvres et le thermomètre. L'instrument une fois placé dans le pharynx, et arrivé à la température de 32,3° C., je constatai par un grand nombre d'expériences, que l'inspiration nasale calme[1] abaissait la température de 0,3° C., tandis que l'inspiration buccale l'abaissait de 0,9° C., montrant ainsi que l'air après avoir passé dans les fosses nasales, était d'un degré plus chaud que celui qui arrivait directement par la bouche.

Il est possible que, si les expériences eussent été faites dans une atmosphère plus froide, l'influence de l'inspiration nasale eût été plus marquée; mais, après tout, ces expériences démontrent que lorsque l'air gagne les poumons en passant par le passage plus long et plus étroit des fosses nasales, il arrive dans le pharynx avec une température plus élevée que lorsqu'il passe directement par la bouche.

En réalité, le rôle de l'inspiration nasale consiste plus probablement à empêcher l'entrée des corps étrangers, qu'a élever la température de l'air inspiré. De fait, l'inspiration nasale

[1] Une inspiration rapide produit des résultats trop variables pour que les expériences puissent être satisfaisantes.

a surtout pour avantage d'exclure les particules irritantes en suspension dans l'air, qui, lorsqu'elles ne sont pas retenues par les vibrisses, s'arrêtent toujours dans le nez et ne pénètrent pas dans les poumons[1]. L'influence fâcheuse de la respiration buccale se manifeste en vérité non pas dans la poitrine, mais dans le pharynx[2], où la muqueuse se dessèche par suite de son exposition à l'air, est irritée par les particules de poussières en suspension dans l'atmosphère.

L'influence thermique de l'inspiration nasale est due, selon toutes probabilités, au passage de l'air dans un canal étroit revêtu d'une muqueuse mince, abondamment pourvue de vaisseaux, bien plus qu'à la structure spéciale des cornets. D'ailleurs, le tissu érectile de ces parties n'existe avec toute sa perfection que sur le *cornet inférieur*, et ce n'est pas lui, mais le *cornet moyen* que l'on est parfois obligé d'enlever en

[1] Catlin (*The Breath of life.* London, 1861, p. 39), le grand apôtre de la respiration nasale, s'est laissé entraîner un peu trop loin par son enthousiasme, et a pris d'une façon fort drôle la cause pour l'effet. C'est ainsi qu'à propos des gens qui ne peuvent tenir la bouche fermée, il affirme que « le dérangement et la difformité des dents » démontre la longue pratique de cette funeste habitude (respiration buccale), et il ajoute « que la bouche de la hyène et de l'âne est agréable, et même élégante comparée à celle de ces gens-là ». Les gens qui ne peuvent fermer la bouche n'ont pas toujours une physionomie affable, mais il nous paraît un peu roide de prétendre qu'elle ne peut être avantageusement comparée à celle de l'âne, voire même à celle de la hyène. A peine est-il nécessaire de faire observer que la difformité des dents n'est pas le *résultat* de la respiration buccale; mais que dans certains cas la direction des dents empêche le patient de fermer la bouche et les porte ainsi tout naturellement à respirer par la bouche. L'irrégularité des dents commence lors de la seconde dentition par le développement anormal et la projection en avant de l'os intermaxillaire.

Catlin fait encore observer que chez les Indiens d'Amérique, la surdité, la mutité, les déviations de l'épine dorsale et la mort, résultat de la dentition ou des affections de l'appareil respiratoire, sont à peu près inconnus; il attribue cette immunité à l'habitude de respirer par le nez, si universellement pratiquée par eux.

[2] Dans un article récent (New-York, *Med. Jour.* 5 septembre 1885), le Dr W.-Ch. Jarvis soutient que la respiration nasale joue un rôle considérable dans l'étiologie de la tuberculose. Les fosses nasales rempliraient un rôle protecteur à l'égard du poumon, en retenant les germes infectieux et en les empêchant d'arriver jusqu'à cet organe. (Note des traducteurs.)

partie. Mais si, prenant en considération les caractères histologiques particuliers des cornets, nous leurs accordons une certaine importance au point de vue physiologique, il ne s'ensuit pas pour cela que l'ablation d'*une partie* d'un de ces os ne puisse être tentée sans produire de fâcheux résultats. Je vais plus loin, et je n'hésite pas à affirmer qu'il est des polypes qui, en raison de leur situation anatomique, ne peuvent être extirpés si l'on n'enlève en même temps une portion des cornets.

Un simple coup d'œil jeté sur les planches (fig. 68 et 69) ci-jointes montrera avec évidence que tout polype naissant d'un des points marqués avec le signe *X*, ne peut être extirpé, sans que préalablement ou en même temps que le néoplasme, une lamelle osseuse n'ait été enlevée. Ces considérations ont été, du reste, amplement confirmées par les récentes observations de Zuckerkandl (p. 186) pour ce qui concerne l'origine

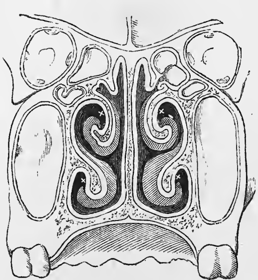


FIG. 68. — Coupe verticale transverse des fosses nasales faite, immédiatement en arrière de la première molaire, d'après Hirschfeld. (Le signe X à quatre points différents indique l'origine supposée des polypes.)

des polypes. Les tumeurs de ce genre, ainsi que nous l'avons déjà fait observer (voyez *Pronostic*), présentent une grande

prédisposition à la récidive; c'est pour cela qu'il est difficile d'indiquer d'une façon certaine la conduite à tenir à leur

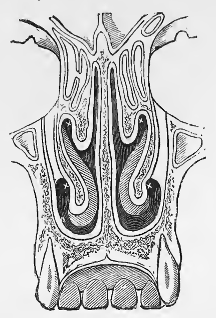


FIG. 69. — Coupe verticale transverse des fosses nasales faite dans le plan de la canine (d'après Hirschfeld). Le signe X à quatre points différents indique l'origine supposée des polypes.

égard. Il n'est pas douteux que l'ablation de la lamelle osseuse, sur laquelle le polype s'insère, est la méthode la plus sûre à employer pour prévenir la récidive; d'autre part, il est des cas dans lesquels on ne peut atteindre le point d'implantation qu'en détruisant une partie de l'os. Dans tous les cas, je puis assurer en toute confiance que, s'il peut résulter quelques troubles légers de l'ablation d'une portion de l'os, ils seront certainement moins considérables que la gêne qui résulte, pour le malade, de l'obstruction des fosses nasales par une masse qui exigera, pour être complètement détruite, plusieurs opérations successives.

La question de l'ablation d'une partie d'un des cornets vient d'être traitée incidemment ici, parce que cette ablation se produit souvent *accidentellement* dans l'arrachement des polypes, mais il ne faudrait pas croire que ce soit une partie

essentielle dans cette opération. Cela n'arrive, en vérité, que dans un fort petit nombre de cas. Lorsqu'on estime qu'il serait utile de détruire une partie de l'os, il vaut mieux très certainement le sectionner d'abord (voyez *Excision*) que de pratiquer l'arrachement, car, dans cette dernière opération, il est impossible de savoir la quantité d'os que l'on va enlever.

Le grand avantage de l'arrachement est non seulement la *facilité* avec laquelle le traitement peut être fait, mais encore la *rapidité avec laquelle le soulagement* est toujours obtenu.

On peut d'ordinaire, à chaque tentative, enlever une plus grande quantité de tumeurs qu'on ne peut en détruire soit avec le serre-nœud, soit avec le galvano-cautère. Bien que, règle générale, la rapidité ne soit pas une considération des plus sérieuses dans le traitement, il est cependant des cas dans lesquels le temps est un élément dont il doit être certainement tenu compte pour juger la valeur respective des différents procédés chirurgicaux, lorsqu'il ne doit en résulter aucun danger pour la vie, la santé ou l'intégrité de quelque fonction importante [1]. L'opération de l'arrachement des polypes doit occuper une position intermédiaire ; elle ne mérite pas le souverain mépris dans lequel les spécialistes la tiennent, ni les éloges pompeux des chirurgiens ordinaires. A mon avis, cette méthode est certainement inférieure à l'ablation par le galvano-cautère, et je suis absolument con-

[1] Nous ne saurions partager l'opinion de l'auteur, et avec lui recommander l'emploi de la pince pour l'extirpation courante des polypes du nez. Si nous ne rejetons pas d'une manière absolue cet instrument utile dans tous les cas où le polype, trop volumineux pour être enserré dans une anse, et profondément situé (cavité naso-pharyngienne), nous ne saurions recommander ce procédé pour les polypes siégeant dans les deux tiers antérieurs des fosses nasales. Il est, en effet, facile de saisir ces derniers avec une anse et de les extirper par leur pédicule sans les déchirer comme on le fait avec la pince. L'introduction d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10 aura, en outre l'avantage d'élargir le champ opératoire et d'anesthésier la muqueuse pituitaire. Par ce moyen l'introduction de l'anse, rendue plus aisée, permettra encore davantage d'éloiloigner la pince avec laquelle on arrache trop ou pas assez. Trop parce que l'on pince de la muqueuse ou les cornets et pas assez parce que souvent on déchire les polypes que l'on extrait par morceaux. (Note des traducteurs.)

vaincu que le praticien qui a acquis une grande habitude dans le maniement d'un appareil électrique approprié ne voudrait pas permettre *qu'on pratiqua sur lui-même l'opération de l'arrachement.* Cependant, comme le nombre des chirurgiens pouvant facilement acquérir l'habitude du maniement du galvano-cautère sera toujours limité, on doit nécessairement admettre des modes de traitement moins parfaits; et lorsqu'on ne peut employer une meilleure méthode de traitement, on peut pratiquer l'arrachement et en obtenir de forts bons résultats. En même temps je, crois juste de faire observer que, bien que récemment encore j'aie pratiqué l'arrachement, j'emploie maintenant cette méthode rarement. Je trouve, en effet, que le galvano-cautère est moins douloureux et ne donne pas d'hémorrhagie. L'excision avec les pinces tranchantes est aussi, à mon avis, un mode d'opération préférable.

Pour pratiquer l'arrachement, on doit soigneusement éclairer les fosses nasales (voy. « Les Applications de la Rhinoscopie antérieure », p. 18), on saisit alors la tumeur entre les branches des pinces solidement serrées ; puis, on tire le manche de l'instrument de haut en bas en le tordant légèrement sur un côté. Dzondi, le premier, signala la valeur de ce procédé; il recommande de tirer en avant le polype avec de petites pinces, tandis qu'avec une autre paire de pinces on écrase le pédicule aussi près que possible de son point d'insertion.

Il est rare cependant d'avoir assez de place pour pouvoir faire usage de deux paires de pinces dans un si petit espace. Georges Stocker a fort ingénieusement modifié les pinces ordinaires (fig. 36, p. 51) avec lesquelles on peut réellement tordre le polype au lieu de le déchirer. Quand la masse est volumineuse et profondément située en arrière, on doit faire usage, de préférence, des pinces à polypes ordinaires (fig. 31, p. 48). Après que le point d'implantation de la tumeur a été soigneusement déterminé, on peut introduire les branches de l'instrument dans le nez, tandis que l'index de la main gauche passe en arrière de la luette, dans les arrière-fosses nasales,

de cette manière on saisit facilement le polype. Dans les cas de ce genre, l'administration du protoxyde d'azote facilite particulièrement l'opération.

L'arrachement au moyen d'une éponge fut recommandé pour la première fois par Hippocrates et pratiqué de la façon que nous avons déjà décrite (voyez l'*Historique*). De nos jours Mc Ruer [1] a fait revivre cette méthode. « Il a réussi dans dix cas au moins à enlever des tumeurs de cette façon. » Voltolini [2], tout récemment, a publié un cas opéré avec succès de la même manière.

Quand le polype est situé très loin, il est parfois plus facile de l'enlever par le pharynx que par l'orifice antérieur des fosses nasales. Dans un cas rapporté par lui, Morand [3] ne put réussir à l'aide de pinces à enlever une masse de polype, il put l'arracher par le pharynx en la détachant de ses insertions en partie par la pression directe, en partie avec l'ongle. Ce procédé a aussi été employé avec le même succès dans un autre cas par Sabatier [4]. Gross [5] aussi réussit à enlever un polype volumineux très profondément situé dans les fosses nasales en le déchirant avec l'index introduit par la bouche et porté derrière le voile du palais.

Excision. — On peut la pratiquer soit avec le serre-nœud, soit avec l'écraseur, ou bien avec les pinces tranchantes. On a fait largement usage du serre-nœud depuis le jour où il fut pour la première fois préconisé par Hilton (voyez l'*Historique*), et Durham [6] fait observer que d'après son expérience personnelle cette méthode lui paraît « plus facile et plus pratique, moins douloureuse et en même temps moins sujette aux accidents que les autres méthodes communément adoptées ». Excepté lorsqu'on emploie les instruments de Zau-

[1] *Holmes's « System of Surgery »*, 1re édit., 1862, p. 216.

[2] *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1882, n° 1.

[3] *Opuscules de chirurgie.* Paris, 1768-72.

[4] *Médecine opératoire.* Paris, 1824, t. III, p. 283.

[5] *System of Surgery.* 6e édit. Philadelphie, 1882, vol. II, p. 291.

[6] *Holmes's system of Surgery*, 2e édit. 1870, vol. IV, p. 300.

fal (p. 53), voici la meilleure manière d'appliquer le serre-nœud: On introduit verticalement dans le nez le nœud coulant, puis lorsqu'il a pénétré assez profondément on le tourne horizontalement de manière à enserrer le polype et à saisir le pédicule aussi près que possible de ses insertions. Si la tumeur est très profondément située et pend dans l'intérieur de la cavité nasopharyngienne, on peut la saisir à l'aide du serre-nœud en passant un fil au moyen de la sonde de Bellocq. On attache à l'extrémité nasale du fil l'anse du serre-nœud, que l'on rapproche de la tumeur en tirant sur l'extrémité buccale, on la fait passer ensuite autour du polype, puis on serre comme d'habitude. Pour enserrer lentement les tumeurs qui ont des tendances à saigner, on peut employer avec avantage le serre-nœud de Jarvis ou quelqu'une de ses modifications. L'écraseur de Mackenzie (fig. 42, p. 57), est aussi très utile dans les cas de ce genre.

Gant a adapté les ciseaux à vendanger à l'ablation des polypes du nez et dans plusieurs cas il a retiré de l'emploi de cet instrument de grands avantages (fig. 32, p. 48). Le meilleur moyen de pratiquer l'excision consiste, croyons-nous, à employer nos pinces à emporte-pièce (fig. 33, p. 49), qui sont assez fines pour ne cacher en aucune façon le champ visuel de l'opérateur et sont en même temps assez puissantes pour permettre de trancher le pédicule de n'importe quel polype. Le fil dérape souvent en dépit de toutes les précautions, lorsqu'on emploie le serre-nœud, cet accident n'est pas à redouter avec l'instrument de Mackenzie. Les chirurgiens qui, en raison de l'imperfection de leur outillage ne peuvent employer la méthode plus parfaite de la galvano-caustie, parviendront toujours à l'aide de cet instrument à débarrasser complètement les fosses nasales. Mon expérience clinique sur la supériorité des pinces sur le serre-nœud et l'écraseur a été récemment confirmée par les importantes recherches anatomiques de Zuckerkandl[1], qui, après une étude approfondie de l'insertion profonde des polypes, fait observer que dans

[1] *Op. cit.*, p. 81.

bien des cas les pinces donnent de meilleurs résultats que le serre-nœud.

Ainsi que nous l'avons déjà fait observer (p. 193), il est parfois utile pour empêcher la récidive, d'enlever une portion des cornets. On peut facilement obtenir ce résultat à l'aide de mes pinces à emporte-pièce. L'opération est plus facile si le malade est anesthésié, car, dans l'ablation du cornet moyen, on exerce parfois une pression douloureuse sur la partie supérieure de la narine. Les observations suivantes montrent les avantages que l'on peut retirer de l'ablation d'une partie des cornets.

Observation I. — M. E. T..., âgé de trente-sept ans, vient me consulter en mai 1875 pour un polype occupant la fosse nasale droite. Il en éprouva les premiers symptômes en janvier 1871, et fut opéré à cette époque à l'aide des pinces par un chirurgien éminent. La tumeur se reproduisit et le malade fut opéré de la même façon au mois d'août par le même praticien. Les fosses nasales restèrent libres jusqu'en juillet 1872 : à cette époque, les polypes apparurent de nouveau et M. F... se remit aux soins d'un autre chirurgien, qui, en l'espace de deux mois (vingt-cinq visites) lui enleva un certain nombre de polypes à l'aide du serre-nœud. Le malade se crut guéri, et resta bien pendant sept mois. Il alla trouver alors le même chirurgien qui l'opéra à diverses

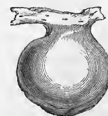


FIG. 70. — Polype et portion osseuse enlevés avec les pinces nasales.



FIG. 71. — Polype avec une lamelle osseuse enlevée à l'aide des pinces nasales.

reprises avec le serre-nœud pendant l'année 1873, jusqu'en mai 1874, époque à laquelle ses fosses nasales furent complètement libres. En décembre les polypes apparurent de nouveau, et dans le mois qui suivit le malade, vint me trouver. Après un examen fort minutieux, j'aperçus un gros polype naissant de la moitié antérieure du cornet moyen. En raison des récidives multiples,

je me décidai à enlever une partie de l'os. Ce fut aisénent pratiqué. (La planche ci-jointe montre l'aspect de la tumeur avec une partie de l'os après son ablation.) Le malade est revenu me voir (1880) pour une affection folliculaire de la gorge; il n'avait éprouvé aucun symptôme de récidive, ni ressenti aucun effet désagréable de l'ablation d'une portion osseuse.

Observation II. — M[me] L..., âgée de cinquante-neuf ans, vient me consulter en juillet 1878 pour un polype siégeant dans la narine droite. Depuis 1875, elle a été traitée par sept médecins différents. Cinq d'entre eux ont fait usage des pinces, un du serre-nœud, un du galvano-cautère. Elle a été traitée pour la dernière fois en 1876 et au commencement de 1877, et le polype a été brûlé soixante-quatre fois. M[me] L... dit n'avoir ressenti aucune douleur, mais avoir éprouvé une sensation particulière « qui lui allait au cerveau ». J'enlevai une lanelle de la partie moyenne du cornet moyen sur lequel était inséré un petit polype (fig. 71). Je revis la malade en 1881. Les fosses nasales ne présentaient aucune trace de récidive. Elle n'avait éprouvé aucune gêne depuis l'opération.

GALVANO-CAUSTIE. — Cette méthode, introduite par Middeldorpf [1], a été perfectionnée successivement par Voltolini [2], Thudichum [3] et Michel [4], qui l'ont tous vivement recommandée. Je la considère comme étant le meilleur mode de traitement des polypes qui existe [5]. Les malades auxquels il a été donné de la comparer avec la méthode de l'arrachement préfèrent tous le galvano-cautère. Elle est moins douloureuse et *la douleur cesse dès que le courant est interrompu*; elle a aussi l'avantage d'éviter toute hémorrhagie. Le seul reproche qu'on puisse lui faire est d'être lente et d'exiger plusieurs séances. Je fais usage d'un électrode ayant la forme d'une spatule plate et que je porte sur la muqueuse où s'insère le polype. La guérison s'effectue plus rapidement en faisant alterner le galvano-cautère et

[1] *Die Galvanocaustik.* Breslau, 1854.

[2] *Die Galvanocaustik.* Breslau, 1867.

[3] *Polypus in the nose*, 1re édit. Londres, 1869. Voir aussi la 3e édit, 1877.

[4] *Krankheiten der Nasenhöle.* Berlin, 1876, p. 56 et suivantes.

[5] Ceux qui n'ont pas l'habitude de manier le galvano-cautère trouveront peut-être cette méthode plus ennuyeuse. On ne peut en vérité l'employer avec un plein succès qu'en en faisant un constant usage.

la pince à emporte-pièce. On ne se sert de cette dernière que pour enlever les tissus nécrosés. Quelques praticiens préfèrent employer l'anse galvanique, mais la difficulté d'appliquer le serre-nœud complique, d'après moi, l'opération, Le cautère produit souvent des éternuements; d'après mon expérience personnelle, ils ne se produisent qu'après qu'on a enlevé l'électrode [1].

POLYPES FIBREUX DES FOSSES NASALES

Bien que les polypes fibreux naso-pharyngiens soient loin d'être rares, il n'est cependant pas fréquent de les voir naître de la cavité des fosses nasales elles-mêmes. Un cas de ma pratique personnelle, et que j'ai déjà publié, est, à ma connaissance, le seul dans lequel la tumeur avait évidemment pris naissance dans l'intérieur de la cavité du nez. On cite cependant deux autres observations dans lesquelles on a quelques raisons de croire qu'on avait affaire à des fibromes. Gerdy [2] en rapporte un cas observé chez un enfant de treize ans. La narine gauche était occupée par une tumeur depuis environ huit mois et l'on s'était efforcé de l'enlever par la ligature, et par l'arrachement, mais la tumeur était si dure que les branches de la pince s'étaient tordues. Le malade succomba à la suite d'une

[1] Ce sont là, à notre avis, des moyens bien compliqués pour l'extraction de simples polypes muqueux, et pour notre part nous préférons nous borner à employer le moyen souvent recommandé par le Dr E. Moure dans son Manuel sur les maladies des fosses nasales.

Pour arriver à ce but, une fois les cavités nasales parfaitement déblayées de toute tumeur apparente, le mieux est, je crois, de cautériser les pédoncules avec le galvano-cautère pendant plusieurs séances éloignées de plusieurs jours les unes des autres. Bien plus, il est encore nécessaire de recommander au malade de faire examiner ses fosses nasales, tous les six mois environ, pendant deux ou trois ans. De cette manière, s'il tend à se produire une récidive, on pratiquera encore quelques cautérisations galvaniques.

C'est ainsi qu'avec un peu de patience de part et d'autre, l'on arrivera à se rendre maître de l'affection et à éviter une nouvelle série d'opérations. (Note des traducteurs.)

[2] Des polypes et de leur traitement. Paris, 1833, p. 79.

hémorrhagie survenue après une tentative faite pour enlever le néoplasme avec le bistouri. Après la mort on constata que la tumeur était insérée à la partie postérieure de la voûte de la fosse nasale droite; elle présentait une consistance dure et élastique; il était impossible de la déchirer avec les doigts, et à la section elle apparut uniquement formée de tissus fibreux. Dans un autre cas, rapporté par Lichtenberg[1], le polype naissait du cornet supérieur, il existait aussi quelques excroissances polypoïdes paraissant indépendantes de la tumeur principale et insérées à la face inférieure de la lame criblée de l'ethmoïde. L'examen histologique ne paraît avoir été fait ni dans le cas publié par Gerdy, ni dans celui de Lichtenberg.

Le traitement consiste à enlever la production malade *par les voies naturelles* si c'est possible. On attaquera la tumeur soit par la partie antérieure, soit par la partie postérieure des fosses nasales, suivant la situation qu'elle occupe. Dans ce but on pourra faire usage du serre-nœud, des pinces, du bistouri ou du galvano-cautère. Lichtenberg fut cependant obligé, pour arriver sur le néoplasme qu'il voulait opérer, de pratiquer la résection temporaire du dos du nez[2]. Les détails qui suivent concernent le cas observé par l'auteur.

Mme M..., âgée de trente-cinq ans, vint me consulter sur les conseils de M. Crowdy, de Saint-John (Newfoundland), le 15 février 1877. Elle souffrait depuis deux ans d'une obstruction de la narine droite. A l'examen, le pharynx apparaît très granuleux et je constate une inflammation généralisée de la paroi posterieure. Les narines antérieures sont saines. En raison de l'état nerveux exagéré

[1] *Lancet*, 1872, vol. II, p 773 et suivantes.

[2] Dans les cas où la tumeur aura un pédoncule aussi large qu'il soit on pourra employer le serre-nœud à vis. Le fil passé dans le pharynx avec une sonde sera avec l'index placé autour du néoplasme pendant qu'un serre-nœud, *ad hoc*, effilé sera porté par les fosses nasales antérieures jusque sur le point d'insertion du polype. On resserre alors le fil de manière à comprimer fortement le pédicule et le fil tordu ensuite est laissé en place jusqu'au jour où la tumeur gangrenée tombe de l'arrière-gorge ou disparaît en putrilage. Il est utile de faire chaque jour les lavages antiseptiques habituels. Ce procédé me semble (Moure) préférable aux essais d'excision par le fil qui se rompt presque toujours pour peu que le néoplasme soit résistant. (Note des traducteurs.)

de la malade, l'examen rhinoscopique postérieur est impossible à pratiquer d'une façon satisfaisante et ce n'est qu'après quelques semaines que je réussis à me rendre un compte exact de l'état des parties. Je découvris une large tumeur rouge, lisse, irrégulièrement ovale, obstruant l'arrière-fosse nasale droite et se projetant en arrière (fig. 72). A l'aide de la sonde, je pus constater que le polype était dur, mais légèrement élastique et sa mobilité me fit penser qu'il était pédiculé. Au premier essai, je réussis à le saisir et à l'arracher à l'aide de pinces courtes recourbées et mousses. La masse une fois enlevée, on pouvait toucher le pédicule situé sur la voûte du nez tout à fait à l'intérieur des fosses nasales proprement dites. La tumeur avais la grosseur d'un œuf de pigeon, la surface de section était dure, dense et de coloration pâle. L'examen microscopique démontra qu'elle était composée de fibres

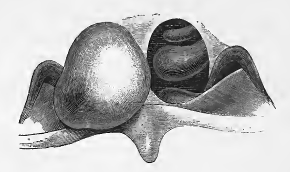


FIG. 72. — Polype fibreux des fosses nasales.
Image de la tumeur telle qu'on pouvait l'apercevoir par la rhinoscopie postérieure.

blanchâtres étroitement entrelacées, entourées de quelques petites cellules [1].

[1] M. Chiari, dans un article récent (*Revue annuelle de Laryngol. d'otol.*, etc., n° 3, mars 1886), rapporte également un cas de fibrome développé symétriquement sur le bord postérieur de la cloison des fosses nasales. La tumeur peu volumineuse du reste gênait peu le malade qui ne se fit pas opérer. J'ai observé récemment (Dr J. Charazac) chez un enfant de 12 ans un cas de polype fibreux qui naissait très probablement de la fosse nasale droite. La fosse nasale libre dans ses deux tiers antérieurs était en arrière complètement obstruée. La cavité naso-pharyngienne *était absolument libre*. Je réussis à l'aide du serre-nœud à enlever une portion de la tumeur par la fosse nasale antérieure. Cette partie du néoplasme fut examinée par un de mes confrères de Toulouse, M. le Dr Chabot, la structure était celles des polypes naso-pharyngiens. Le père du jeune malade refusa de laisser opérer son fils et partit de Toulouse. Je ne l'ai pas revu depuis. (Note des traducteurs.)

PAPILLOMES DES FOSSES NASALES

On trouve parfois dans les fosses nasales de petites tumeurs verruqueuses, et, d'après Hopmann [1], elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Sur une série de cent cas de tumeurs des cavités nasales, cet observateur a rencontré quatorze exemples de papillomes [2]. Il en existe deux variétés, à savoir : le papillome épithélial, ou excroissance bénigne en forme de chou-fleur, et le papillome mou; ce dernier se subdivise d'après la prédominance du tissu glandulaire, des vaisseaux, du tissu aréolaire, ou des cellules embryonnaires, en adénome, angiome, fibro-sarcome et fibro-sarcome papillaire.

D'ordinaire, la grandeur de ces tumeurs varie du volume d'un pois à celui d'une noisette. Hopmann toutefois en a enlevé [3] un qui mesurait quatre centimètres de long et un centimètre à un centimètre et demi de largeur et d'épaisseur. Dans plusieurs cas, ces tumeurs étaient multiples, et l'on cite une observation dans laquelle il y en avait dix ou douze. Elles sont toujours insérées sur le cornet inférieur et naissent généralement de sa portion convexe ou de son bord inférieur, parfois cependant de sa portion concave. Les symptômes que produit la présence des tumeurs de cette espèce sont la toux et l'expectoration fréquente, le coryza sec, et parfois des efforts de vomissements si intenses que l'on est porté à croire à une affection de l'estomac. On constate aussi les signes ordinaires de l'obstruction des fosses nasales et deux fois on a signalé des épistaxis.

Si Hoppmann lui-même [4] n'avait montré que les symptômes

[1] *Virchow's Archiv*. Bd. XCIII, 1883.

[2] D'après une note récente de Hopmann (Wien. *Med. Presse*, 1883), Schäffer de Brême aurait rencontré vingt cas de papillomes sur cent quatre-vingt-deux polypes du nez.

[3] *Loc. cit.*, p. 225.

[4] *Loc. cit.*, p. 247.

de l'hypertrophie générale de la muqueuse du cornet inférieur lui étaient parfaitement connus, on pourrait croire qu'il a confondu la vraie néoplasie papillaire avec cette dernière affection, relativement plus commune et que nous avons déjà décrite. Il paraît toutefois résulter des recherches de cet observateur, que bien des tumeurs, qui ressemblent exactement à des polypes muqueux, ont réellement la structure des papillomes; c'est là, du moins, la seule façon d'expliquer la grande divergence qui existe entre ses observations et celles des autres pathologistes. Pour ma part, je dois confesser que, bien que j'aie l'occasion d'enlever presque chaque jour des polypes du nez, je n'ai, jusqu'à présent, presque jamais fait l'examen microscopique; c'est ce qui explique pourquoi je n'ai rencontré que cinq exemples parfaitement certains de papillomes du nez.

Dans tous ces cas, la tumeur était située sur la muqueuse qui revêt le cornet inférieur et la partie antérieure de la cloison, ou sur la face interne du cartilage de l'aile du nez, au point, où il se réunit à celui du côté opposé, tout près de la pointe du nez. La grosseur de ces excroissances ne dépassait jamais celle d'un pois, et, dans quatre cas, il existait en même temps dans la fosse nasale des polypes muqueux. Le spécimen du muséum du Collège Royal des chirurgiens, décrit dans le catalogue (n° 2201, C) comme un polype muqueux, ressemblait beaucoup plus à un papillome. (Voy. fig. 67, p. 185.) Zuckerkandl[1] n'a rencontré qu'un seul exemple de vrai papillome. Il était situé sur la partie moyenne du cornet inférieur; mais trois autres cas rapportés par lui sous la dénomination d'excroissances polypoïdes, présentent une étroite ressemblance avec le spécimen du muséum de Hunter, dont nous avons parlé et aussi avec quelques-uns des cas de Hopmann[2].

L'application d'acide nitrique ou du galvano-cautère détruit rapidement ces tumeurs, on peut aussi les enlever à l'aide des pinces tranchantes ou du serre-nœud, et Féré rapporte un cas dans lequel il a obtenu la guérison par la ligature.

[1] *Op. cit.*, p. 70.

[2] *Bull. de la soc. anat.* 1880, 4e série, t. V, p. 587.

TUMEUR ÉRECTILE DE LA MUQUEUSE PITUITAIRE

Verneuil[1], en 1875, a rapporté un cas extraordinaire de ce genre (analogue, selon toute probabilité à la variété vasculaire de papillome mou décrite par Hopmann). Le malade, habitant de la Roumanie, âgé de cinquante-deux ans, était sujet, depuis sa jeunesse, à de fréquentes et abondantes hémorrhagies. Mais, pendant les dix dernières années, les hémorrhagies avaient été si considérables qu'elles avaient amené, chez le malade, un état d'anémie fort avancé. Diverses médications internes avaient été essayées sans succès, et l'on avait pratiqué des cautérisations dans l'intérieur du nez dans le but de guérir une ulcération qu'on supposait exister dans les fosses nasales. Mais l'eschare une fois tombée, les épistaxis avaient reparu aussi abondantes que par le passé. A cette époque, il consulta Verneuil qui, après un soigneux examen, trouva sur le côté gauche de la cloison une tumeur arrondie, rouge sombre, sessile, du volume d'un noyau de cerise et ayant des pulsations isochrones à celles du cœur.

On trouva, sur divers points du corps du malade. plusieurs autres plaques érectiles (tempe droite, voile du palais, etc.), qui n'avaient, il est vrai, donné lieu à aucune hémorrhagie. A un second examen fait en présence de Gosselin, Verneuil ne put découvrir la tumeur dans la fosse nasale gauche, mais il vit dans la fosse nasale droite une tumeur absolument semblable. On se décida à une intervention radicale et après avoir mis à découvert les deux fosses nasales, M. Verneuil détruisit au thermo-cautère la plus grande partie de la cloison. On fit pendant quelque temps des irrigations d'eau froide, puis la plaie de la narine gauche fut suturée, pendant qu'on laissait ouverte la plaie de la narine droite dans laquelle on introduisit des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer. On avait soin de tenir constamment des compresses humides

[1] *Annales des maladies de l'oreille*, etc., t. I, p. 169 et suivantes.

sur le front et le nez. Malgré cela, de petites hémorrhagies se produisirent à diverses reprises, et Verneuil fut obligé de faire une nouvelle application du thermo-cautère dans la fosse nasale droite. Il ne se produisit pas d'hémorrhagie nouvelle, et le malade put retourner en Roumanie. Il alla bien pendant deux ans, mais il paraît être mort, quatre ans plus tard, dans un état de cachexie profonde. L'auteur fait observer cependant qu'il n'a pu obtenir de renseignements certains à ce sujet.

ENCHONDROMES DU NEZ

Les tumeurs cartilagineuses du nez sont très rares. Erichsen [1], Bryant [2] (deux cas), Ure [3], Durham [4], Richet [5], Heurtaux [6] et Verneuil [7] en ont cependant rapporté des exemples, et j'en ai moi-même observé un cas. La maladie survient principalement à cette période de l'existence où la croissance est la plus active. Toutes les observations qui ont été publiées concernaient des malades qui n'avaient pas encore dix-huit ans [8]. Quant au sexe, les hommes paraissent être atteints de préférence.

Les *symptômes* les plus marqués sont une obstruction des fosses nasales, et, dans les cas avancés une difformité de la face donnant l'aspect de la tête de grenouilles (frog-face). (Voy. *Polypes fibreux de la cavité naso-pharyngienne.*) Les symptômes du catarrhe ordinaire, tels qu'une écoulement abon-

[1] *Lancet*, 1864, vol. II, p. 152.

[2] *Ibid.*, 1867, vol. II, p. 225.

[3] *Holme's System of surgery.* London, 1870, 2e édit., vol. IV, p. 319.

[4] *Ibid.*

[5] Casabianca : « Des affections de la cloison. » Paris, 1876, p. 59.

[6] *Bull. de la Soc. de chir.* 7 novembre 1877.

[7] Cité par Spillmann « *Dict. encyclop. des sciences méd.* », t. XIII, p. 184.

[8] Dans le cas de Heurtaux le malade était âgé de vingt-deux ans, mais la maladie existait depuis cinq ans.

dant et des éternuements ont été parfois observés. Chez le malade que j'ai traité, l'écoulement avait une odeur si repoussante qu'on avait cru à de l'ozène. Le volume de la tumeur varie de la grosseur d'une noisette à celui du poing; il peut même être plus considérable.

La tumeur, lorsqu'elle est petite, ressemble exactement à un polype fibreux, mais elle n'est jamais pédiculée, et naît ordinairement de la partie cartilagineuse de la cloison, bien qu'elle puisse dans certains cas fort rares, avoir son origine sur la paroi externe ou sur la voûte du nez. Le *pronostic* est favorable si l'affection est reconnue au début, car la tumeur n'a aucune prédisposition à récidiver, une fois détruite; mais, si elle a acquis de grandes dimensions avant le traitement, on comprend que la guérison ne puisse être effectuée sans un incision externe qui laisse après elle une cicatrice plus ou moins difforme.

Le *diagnostic* est difficile quand la tumeur a acquis un volume considérable, on peut alors la confondre avec un polype fibreux, une tumeur maligne, une exostose ou une tumeur osseuse. La rareté extrême des fibromes débutant par le nez permet de les exclure. Les tumeurs malignes n'ont pas la dureté des enchondromes, elles saignent plus facilement et s'accroissent avec une rapidité plus grande; d'autre part, les tumeurs osseuses sont très dures et ne se laissent pas pénétrer par une aiguille comme le cartilage.

Le *traitement* chirurgical est seul utile, et le serre-nœud est l'instrument dont on doit faire usage; son emploi et celui du galvano-cautère sont spécialement indiqués. Chez le malade que j'ai observé, et dont je rapporte ci-dessous l'observation en détail, je n'éprouvai aucune difficulté à enlever la tumeur à l'anse froide.

UN CAS D'ENCHONDROME ENLEVÉ AVEC LE SERRE-NŒUD

M[lle] E..., treize ans, m'est amenée en septembre 1874, pour un écoulement fétide des fosses nasales dont elle souffre depuis deux ans. Différents médecins l'ont traitée pour un « polype » et pour

de « l'ozène », mais sans obtenir aucune amélioration. Il existe une saillie très marquée de la narine droite qui occupe la moitié de l'espace compris entre l'angle interne de l'œil et le bord supérieur du fibro-cartilage des orifices des fosses nasales. A l'examen au speculum, je découvre une tumeur arrondie, nodulaire occupant la fosse nasale droite. Le néoplasme très solidement attaché a une coloration rouge pourpre; il est légèrement ulcéré sur sa partie externe. Il remplit si complètement la fosse nasale, que seuls des examens répétés me permettent d'établir son point d'origine qui siège sur la partie supérieure et postérieure de la cloison cartilagineuse. Une aiguille pénètre la tumeur sans trop de difficulté, et n'amène qu'une hémorrhagie légère; je porte le diagnostic du fibrome.

J'essaye à plusieurs reprises d'enlever la tumeur avec les pinces, mais sans résultats; en dernier lieu, je réussis à passer l'anse froide et à détacher de son insertion la masse néoplasique. Mais alors, en raison de la grosseur de la tumeur, il m'est impossible de l'attirer hors des narines, je ne pus y réussir qu'après l'avoir sectionnée en deux portions. Après l'ablation, je constate qu'elle mesure à sa base environ un demi-pouce de diamètre. L'examen microscopique révèle que la partie centrale de la tumeur est presque entièrement composée de cartilage, mais à la circonférence il existe des faisceaux de fibres blanches et un petit amas de tissu jaune élastique. Elle paraît avoir été primitivement recouverte d'une enveloppe fibreuse, qui plus tard a été détruite par places, par l'ulcération. La malade guérit rapidement. Il persista cependant un léger gonflement de la cloison qui n'avait pas disparu neuf mois après l'opération.

TUMEURS OSSEUSES DU NEZ

Latin Eq. — Tumores ossei nasi.
Anglais Eq. — Osteomata of the nose.
Allemand Eq. — Knochengeschwülste der nase.
Italien Eq. — Tumori ossei del naso.

Définition. — *Tumeurs osseuses, de structure ordinairement très dense, parfois spongieuse, dont le volume varie de la grosseur d'un haricot à celle d'un œuf de poule, quelquefois plus considérable, n'ayant aucun rapport avec la charpente osseuse*

des fosses nasales, déterminant une obstruction des narines, et, lorsqu'elles acquièrent un volume considérable, des érosions et fréquemment des perforations des parois de la cavité nasale.

Historique. — Les auteurs anciens ont rarement mentionné des tumeurs osseuses des fosses nasales. La littérature de cette question est absolument moderne, elle est même très pauvre à ce sujet, ce qui fait à l'avance présumer de la rareté de cette affection.

Bordenave[1] a recueilli quelques cas douteux publiés dans la seconde moitié du siècle dernier, et l'on trouve çà et là quelques exemples dans les journaux de médecine du commencement de ce siècle. Follin[2] paraît avoir été le premier à attirer l'attention sur cette variété de tumeur absolument distincte des exostoses, Depuis lors, plusieurs cas ont été publiés par Hilton[3], Pamard[4], et Legouest[5], et la maladie a été étudiée d'une façon spéciale par Olivier[6], Gaubert[7] et Rendu[8]. On trouve un très bon chapitre sur les tumeurs osseuses du nez dans l'important ouvrage de Follin et Duplay[9], et récemment encore Spillmann[10] a étudié avec grand soin ces singulières productions.

Étiologie. — Les causes des ostéomes sont absolument inconnues. Le seul fait à peu près certain, c'est que c'est une affection de l'adolescence. La plupart des malades qui en ont été atteints étaient âgés de vingt ans environ, bien que parfois la maladie ait échappé à l'observation jusqu'à un âge plus

[1] *Mémoires de l'Académie Royale de médecine.* Paris, 1774.

[2] Des tumeurs osseuses sans connexion avec les os. *Bull. de la Soc. de biologie.* Paris 1850-51.

[3] *Guy's Hospital reports.* Série I, vol. I, p. 495.

[4] Exostose éburnée de la fosse nasale droite. — *Bull. de la soc. de chirurgie*, 1866.

[5] Exostose... occupant la fosse nasale gauche. — *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1865-1866.

[6] Sur les tumeurs osseuses des fosses nasales. *Thèse de Paris*, 1869.

[7] Sur les ostéomes de l'organe de l'olfaction. *Thèse de Paris*, 1869

[8] Des ostéomes des fosses nasales. *Arch. gén. de méd.* Août 1870.

[9] *Traité élémentaire de pathologie externe.* Paris, 1877, t. III, p. 859, et suivantes.

[10] *Dict. Encyclop. des sc. méd.* 2e série, t. XIII, p. 169 et suivantes.

avancé. Autant qu'on peut l'affirmer, les deux sexes paraissent également prédisposés à la maladie.

Symptômes. — Le symptôme le plus caractéristique, au début, est une démangeaison qui siège sur la partie malade et les parties voisines. Cette sensation est parfois si intolérable que pour la calmer, le malade est constamment porté à se gratter l'intérieur des fosses nasales. Dès que la tumeur a acquis un volume assez considérable, on voit apparaître les symptômes d'obstruction. Il existe souvent une altération de l'odorat, les épistaxis deviennent fréquentes et abondantes à mesure que la tumeur se développe. Le malade accuse fréquemment de violentes douleurs névralgiques, déterminées très certainement par la compression qu'exerce la tumeur sur les filaments nerveux du voisinage.

Règle générale, le néoplasme est recouvert d'une muqueuse de coloration rosée, brillante ; parfois cependant sa surface est rouge sombre ou présente une teinte pourprée. Quelquefois, la membrane est décolorée, voire même ulcérée, et dans certains cas, l'os nécrosé devient visible. L'ulcération ou la nécrose, ou même tout simplement la rétention des sécrétions déterminée par la tumeur, leur donne un odeur fétide. A mesure que la néoplasme s'accroît, il peut presser sur la cloison, faire dévier le nez d'un côté et faire disparaître complètement le sillon génio-nasal, ou bien, en s'étendant vers l'antre ou l'orbite, amener des difformités correspondantes, telles qu'une saillie anormale de la joue ou une déviation du globe de l'œil. Le plus souvent, la douleur devient très intense ; parfois cependant la pression détermine l'anesthésie des parties adjacentes à la tumeur.

Diagnostic. — Un calcul des fosses nasales, ou une exostose peuvent au début simuler un ostéome. On doit se souvenir que les ostéomes, à l'inverse des exostoses, peuvent se mouvoir sur leur base quand on les presse avec une forte sonde et que leur surface ne peut être entamée avec une aiguille, comme c'est le cas pour ce calcul. Toutefois, si l'ostéome est incrusté de dépôt calcaire, comme dans le cas de Le-

gouest[1] le diagnostic devient fort difficile. Un observateur inexpérimenté pourrait confondre une hypertrophie des cornets avec une tumeur osseuse du nez ; mais, tandis que cette dernière est presque toujours unilatérale, l'hypertrophie occupe le plus souvent les deux narines. D'ailleurs, les tissus qui recouvrent les cornets sont mous et leur structure tout à fait différente de celle des ostéomes. Comme cette affection donne lieu à de violentes douleurs déterminées par la pression qu'exerce la masse dure, cela seul suffit pour la distinguer de toutes les variétés de tumeurs à l'exception du cancer, dont elle diffère par son développement beaucoup plus lent. Les tumeurs fibreuses des fosses nasales sont si rares qu'il serait à peine nécessaire d'en tenir compte, mais on pourrait prendre pour un ostéome un polype fibreux naso-pharyngien ayant pénétré dans les fosses nasales, si on négligeait l'examen de la cavité naso-pharyngienne. L'exploration digitale des arrière-fosses nasales fera cesser toute hésitation. Un polype muqueux coexiste parfois avec une tumeur osseuse ; ce fait complique alors le diagnostic[2].

Anatomie pathologique. — Les tumeurs osseuses du nez sont de deux ordres : les tumeurs éburnées et les tumeurs celluleuses. Les premières sont les plus fréquentes, et leur structure est si compacte que les plus fortes pinces sont tordues par elles. Elles sont recouvertes de périoste et nourries par de nombreux vaisseaux qui pénètrent leur substance. Elles adhèrent généralement aux tissus mous des fosses nasales par un court pédicule. Bien qu'elles paraissent naître de la muqueuse, il est plus probable qu'elles viennent du périoste, ou qu'elles commencent comme de simples exostoses, mais leurs rapports avec le squelette osseux sont détruits de si bonne heure qu'on ne les a jamais observés. Il est encore possible que, dans certains cas, elles dérivent du cartilage qui subirait plus tard la transformation osseuse.

[1] *Loc. cit.*

[2] Legouest : *Loc. cit.*

A la section, ces tumeurs apparaissent composées de couches de tissus osseux, dont les saillies et les dépressions correspondent à des saillies et à des dépressions de la surface sous-jacente [1]. Les ostéomes celluleux ont la structure ordinaire du tissu osseux, c'est-à-dire qu'ils se composeut d'une enveloppe extérieure de tissu compact recouvrant le tissu spongieux ; entre les trabécules on trouve d'ordinaire une moelle rougeâtre, au centre de l'os il existe souvent une cavité distincte [2].

Pronostic. — Il est favorable quand la tumeur peut être enlevée par *les voies naturelles ;* dans le cas contraire, les observations que nous avons faites à propos du pronostic des enchondrômes s'appliquent également aux ostéomes.

Traitement. — Le seul traitement convenable est l'extirpation de la tumeur. Les ostéomes spongieux peuvent être aisément broyés à l'aide de fortes pinces, et enlevés par morceaux ; mais dans le cas de tumeurs osseuses éburnées, il est ordinairement nécessaire d'ouvrir les fosses nasales. On peut tout d'abord (voy. *Polypes fibreux de la cavité naso-pharyngienne*) pratiquer l'opération de Rouge ; mais si, par cette méthode, on n'obtient pas un espace suffisant, on doit nécessairement avoir recours à l'un des autres moyens décrits dans le même article.

EXOSTOSES DES FOSSES NASALES [3]

Les exostoses du nez sont assez communes ; elles atteignent rarement un volume considérable ; aussi la gêne qu'elles déter-

[1] Enveloppées, ou plutôt revêtues de toutes parts par la muqueuse du nez, elles sont comme enclavées dans les anfractuosités du squelette *avec lequel elles ne contractent aucune adhérence.* Aussi, dès que la voie par laquelle on doit pratiquer l'extraction est assez largement ouverte, ces tumeurs se détachant avec une facilité vraiment remarquable, étant donné leur forme et surtout leur consistance. S'il existe un pédicule, ce dernier a toujours une surface d'implantation relativement petite. (Note des traducteurs.)

[2] Richet : *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1871.

[3] Certaines formes rares d'exostoses seront décrites plus loin sous le titre de « Synéchies ».

minent est-elle peu sensible. Mon expérience personnelle me porte à croire qu'elles naissent le plus souvent du plancher des fosses nasales, à peu de distance de l'orifice des narines. Ce fait cependant n'est pas confirmé par les observations faites sur le crâne humain, car sur 2,152 crânes conservés au muséum du Collège Royal des chirurgiens, je trouve 170 cas d'exostoses naissant de la cloison, 91 à droite, 79 à gauche. Trois fois, il existait deux exostoses distinctes, toutes les deux dans la même fosse nasale. Leur grosseur variait du volume d'un petit pois à celui de la moitié d'un haricot, et règle générale, elles naissaient de la cloison par une large base et s'étendaient horizontalement vers la paroi externe pour se terminer par une crête plus ou moins *aiguë*. La tumeur était ordinairement située vis-à-vis du cornet moyen ou immédiatement au milieu de l'espace qui le sépare du cornet inférieur, de sorte que, dans certains cas, leur sommet semblait disparaître dans l'orifice par lequel l'antre communique avec le méat moyen ; dans un petit nombre de cas, l'exostose était opposée au cornet inférieur. Dans plusieurs autres, ces saillies paraissaient former l'éperon postérieur d'un bord osseux se dirigeant le long de la cloison vers la jonction de l'ethmoïde et du vomer ou au niveau de l'union de ce dernier à la crête du maxillaire supérieur. Des bords de ce genre existaient sur 673 crânes (31,2 p. 100 du nombre total). Sur 375 la saillie était à droite, sur 231 à gauche ; tandis que dans 67 cas, il existait des saillies dans les deux fosses nasales. De grosseur variable, les unes avaient l'aspect d'une ligne légèrement saillante, tandis que d'autres ressemblaient à un bord rugueux, dentelé, empiétant considérablement sur la fosse nasale correspondante. Il est probable que, dans le plus grand nombre des cas, une portion considérable de ces bords devait être visible de face. (Voy. fig. 74 *c*.)

D'après Thudichum[1], les exostoses naissent parfois des cornets ; le fait doit être excessivement rare, puisque, dans le nombre considérable de crânes mentionnés ci-dessus, je n'en ai rencontré qu'un exemple. Dans ce cas l'exostose naissait

[1] *Lancet*, septembre 1868.

du cornet moyen et se dirigeait horizontalement le long de la fosse nasale presque jusqu'à la cloison.

La surface des exostoses est irrégulière et détermine parfois une légère déviation de la cloison. Il est impossible de les transpercer avec une aiguille, circonstance qui sert à les différencier des tumeurs plus molles. Je n'ai pas observé de cas dans lesquels leur présence ait déterminé une gêne considérable. Si l'on croit utile d'intervenir, la saillie osseuse pourra être traitée au moyen d'une vrille de dentiste, ainsi que le recommande Goodwillie[1] de New-York. Thudichum fait observer qu'on peut les enlever avec l'anse galvanique, mais je partage absolument l'opinion de Spencer Watson[2] qui fait ressortir les désavantages de ce mode de traitement et fait observer « qu'une paire de ciseaux sont aussi bons ou même préférables ». Si la saillie osseuse est petite, elle peut être enlevée tout aussi bien avec les pinces à polypes ordinaires ; lorsqu'elle est considérable et adhère à la cloison par une large base, les pinces à emporte-pièce de Mackenzie (fig. 32, p. 49) seront très utiles.

TUMEURS MALIGNES DU NEZ

Latin Eq. — Tumores maligni nasi.
Anglais Eq. — Malignant tumours of the nose.
Allemand Eq. — Bösartige Geschwülste der nase.
Italien Eq. — Tumori maligni del naso.

Définition. — *Néoplasmes malins, le plus souvent de nature sarcomateuse, plus rarement carcinomateuse, naissant ordinairement de la cloison, parfois aussi de la paroi externe ou du plancher des fosses nasales, amenant une obstruction des narines, un écoulement muco-purulent, souvent d'odeur infecte, et des épistaxis, ayant une grande tendance à envahir les par-*

[1] *New-York, med. Record,* 12 novembre 1881.
[2] *Diseases of the nose.* Londres, 1875, p. 290.

ties voisines, donnant quelquefois naissance à des dépôts secondaires dans les autres organes et aboutissant finalement à la cachexie et à la mort.

Historique. — Tous les auteurs anciens qui ont parlé des polypes du nez, font observer que ces tumeurs sont parfois de nature maligne. Dans les cinq variétés de polypes décrites par Hippocrates[1], il en est une qu'il appelle « espèce de cancer ». Il fait observer que cette forme de tumeur occupe les parois du cartilage près de son extrémité. Le traitement qu'il indique est la destruction au fer rouge, suivie d'un pansement avec de la poudre d'hellébore et de la « fleur de cuivre » cuite dans du miel. Celse[2] est opposé à toute intervention pour la classe de polypes du nez qu'il décrit comme étant des tumeurs malignes; le traitement ne peut qu'aggraver le mal. Abulcasis[3] a décrit le polype cancéreux sous le nom de « scorpion », et d'autres auteurs du moyen âge tels que Guillaume de Salicet[4], Rogerius[5] et Bruno Longoburgensis[6] distinguèrent expressément les polypes simples de ceux qui sont de nature maligne. Ambroise Paré[7] reproduisit les cinq classes de polypes du nez d'Hippocrates, et dans la description de leurs différents caractères, il mentionne le « genre malin », Glandorp[8] se fit l'écho des auteurs anciens en proscrivant toute espèce de traitement du cancer du nez, à l'exception du traitement palliatif. Pott[9] proscrit avec emphase toute opération dans le cas de polype malin des fosses nasales; il dit avoir vu un polype d'aspect malin adhérent à une cloison en si mauvais état que les deux parties (polype et cloison) furent enlevées à la fois par

[1] *De morbis*. Edition de Littré. Paris, 1851, vol. VII, p. 53.

[2] *De medicina*, lib. VI, VIII.

[3] *La Chirurgie d'Albucasis*, lettre II, c. XXIV. Traduction du Dr Lucien Leclerc. Paris, 1861, p. 93.

[4] *Chirurgia Guilielmi de Saliceto*, lib. I, c. CXVII. Venetiis, 1546.

[5] *Rogerii medici celeberrimi chirurgia*, CXXXIII. *De cancro qui fit in naribus*.

[6] *Bruni Longoburgensi Chirurgia magna*, lib. II, c. II. De Polypo, Venetiis, 1546.

[7] Œuvres complètes, liv. VI, c. II, vol. I, p. 378 de l'édition de Malgaigne. L'illustre éditeur paraît avoir considéré cette classification comme originale. (Voy. la note *ibid.*, p. 379.)

[8] *Tractatus de polypo narium affectu gravissimo, observationibus illustratus*. Bremæ, 1828, c. XVII, p. 46 et seq.

[9] *Some Remarks on the polypus of the nose, in « Chirurgical observations »*. London, 1775, p. 59.

la pince du chirurgien. Des observations certaines de tumeur cancéreuse des fosses nasales ont été rapportées par Palletta[1] et Gerdy[2]. Syme[3] est fortement opposé à toute intervention dans les tumeurs malignes des fosses nasales; il ne l'admet que dans les cas où le néoplasme est assez peu consistant pour pouvoir être évidé avec le doigt. Plus récemment, des observations de sarcome du nez ont été publiés par Fayrer[4], Viennois[5], Mason[6] Grinfeld[7], Duplay[8] et Hopmann[9], tandis que Verneuil[10] et Péan[11], rapportaient des cas d'épithélioma des fosses nasales. Duplay[12] rapporte un cas d'encéphaloïde de la cloison qui fut pris pour un abcès ; et Neumann[13] a publié un cas de carcinome médullaire des fosses nasales[14].

Etiologie. — Les tumeurs malignes des fosses nasales ne sont pas fréquentes; le carcinome en particulier est excessivement rare. Les causes en sont tout aussi obscures que celles du cancer ou du sarcome des autres organes. Bien que dans la plupart des cas publiés, les malades aient été des femmes, le nombre en est trop petit pour qu'on puisse tirer de ce fait une indication exacte sur la prédisposition des deux sexes. Il se peut que les ulcérations syphilitiques deviennent parfois le point de départ d'une tumeur maligne, mais c'est une vue

[1] *Exercitat. pathol.* Mediolani, 1820, p. 1 et suivantes.

[2] *Traité des polypes.* Paris, 1833.

[3] *Principles of Surgery*, p. 493.

[4] *Medical Times*, 4 juillet 1868.

[5] *Lyon médical*, 1872, n° 18.

[6] *Medical Times*, 22 mai 1875.

[7] *Montpellier médical.* Octobre et décembre 1876.

[8] *Traité élém. de pathol. externe.* Paris, 1877, t. III, p. 846.

[9] Virchow's Archiv. Bd. XCIII, 1883.

[10] Bonheben : *De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires.* Thèse de Paris, 1873.

[11] Cité par Casabianca. *Des affections de la cloison des fosses nasales.* Paris, 1876, p. 67 et suivantes

[12] *Op. cit.*, t. III, p. 788.

[13] *Œsterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.* 1858, IV. 17.

[14] Plus récemment l'un de nous (Moure, *Revue mens. de laryng.*, n° 6, 1886) et M. Claverie (*Thèse de Bordeaux*, 1886), ont rapporté de nouveaux faits de tumeurs malignes primitives des fosses nasales et étudié cette question. (Note des traducteurs.)

théorique qui n'a pas été confirmée par les observations cliniques. Autant qu'il nous est possible de l'affirmer, le seul cas publié dans lequel on puisse établir une pareille relation est celui de Neumann. C'est un cas de carcinome médullaire, survenu chez une femme dont il ne donne pas l'âge ; elle eut pendant onze ans le nez absolument obstrué ; elle présentait aussi des ulcérations syphilitiques à la gorge. Il existait de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, et c'est après l'ablation d'une portion des tissus que l'on en reconnut le caractère malin. Il est évident que dans ce cas la tumeur n'avait pris que depuis peu la forme maligne [1].

Symptômes. — Les symptômes au début sont les mêmes que pour toutes les tumeurs des fosses nasales, à savoir : un obstacle au libre passage de l'air dans l'intérieur de la cavité du nez, l'altération de la voix qui en est la conséquence, et la perte de l'odorat. Il s'écoule aussi des narines une sécrétion de teinte souvent verdâtre et d'odeur excessivement fétide. Des épistaxis graves et fréquentes se produisent dans la plupart des cas, et l'on voit aussi survenir de violentes douleurs dans la région sous-orbitaire. A mesure que la tumeur s'accroît, les os du nez peuvent être repoussés en avant, séparés les uns des autres ; l'exophthalmie peut être la conséquence de la pression de la tumeur sur la paroi interne de l'orbite ; la base du crâne est parfois érodée et même perforée par le développement en hauteur du néoplasme. Dans un cas de Gerdy, il ne restait de l'ethmoïde que l'apophyse crista-galli, et, dans un autre,

[1] On peut aussi observer la transformation de polypes muqueux en tumeurs malignes sarcomateuses, en général. C'est ainsi que le Dr Bayer a rapporté un exemple de ce genre avec preuves à l'appui (*Revue mens. de Laryng.*, n° 12, 1886) et nous avons eu également l'occasion d'opérer une malade manifestement atteinte d'une tumeur sarcomateuse développée sur un polype muqueux après l'opération. La tumeur à sa partie inférieure offrait tous les symptômes fonctionnels des néoplasmes malins, tandis qu'au niveau de son insertion, elle était franchement muqueuse. L'examen histologique fait avec soin au laboratoire de la Faculté de médecine de Bordeaux a confirmé cette manière de voir et démontré qu'une partie des néoplasmes était franchement sarcomateuse. (Note des traducteurs.)

rapporté par Palletta [1], la lame criblée de ce même os était détruite, et le néoplasme pénétrait jusque dans l'intérieur du cerveau. Il est évident que, dans les cas de ce genre, il se produit des phénomènes cérébraux, tandis que, lorsque la tumeur s'étend en arrière vers la cavité naso-pharyngienne, la surdité, la dysphagie, la gêne respiratoire peuvent être la conséquence de son développement.



FIG. 73. — Sarcome des fosses nasales.

Les tumeurs malignes naissent très fréquemment de la cloison ; elles peuvent cependant se développer sur toutes les parties de l'intérieur des fosses nasales, Viennois fait observer qu'il a vu deux cas de cancer mélanique naître des ailes du nez. Dans l'un des cas publiés par Gerdy, on trouva par la dissection plusieurs polypes malins développés sur la muqueuse qui recouvre les cornets, et dans une autre une grosse masse

[1] *Op. cit.*, p. 7 et 8.

cancéreuse naissait de la muqueuse de l'une des cellules sphénoïdales (fig. 73).

Le volume des tumeurs varie de la grosseur d'un pois à celle d'une orange; elles peuvent toutefois acquérir des dimensions plus considérables si l'on n'intervient pas. Les sarcomes, à l'opposé des polypes simples, sont généralement uniques et sessiles; ils sont mous, lisses, généralement de couleur rosée, parfois cependant d'un brun sombre ou même noirs. Très vasculaires, ils saignent facilement quand on les touche.

Les cancers débutent le plus souvent comme de petites verrues ou des boutons, sont de couleur rouge et ordinairement très mous. Dans le cas de Péan, la tumeur, bien qu'ayant présenté tous les caractères d'un épithélioma était pédiculée, mais ce fait est tout à fait exceptionnel [1]. Règle générale les tumeurs de ce genre ont une grande tendance à s'ulcérer; l'ulcération présente des caractères bien connus de tous; elle est à bords saillants, durs, déchiquetés, à fond sanieux; au bout d'un certain temps il se produit un engorgement des ganglions lymphatiques voisins, en particulier de ceux qui sont situés derrière la branche montante du maxillaire inférieur. Les sarcomes sont caractérisés par la rapidité extrême de leur développement, et les deux espèces de tumeurs ont une tendance marquée à la récidive après l'ablation.

Diagnostic. — Reconnaître une tumeur maligne des fosses nasales à la première période de son développement n'est pas toujours chose facile. Il est peu probable cependant qu'on les confonde, même au début, avec les polypes muqueux. Ces derniers en effet s'insèrent presque toujours par un pédicule à la paroi externe des fosses nasales, tandis que dans la grande majorité des cas, les tumeurs malignes naissent de la cloison par une large base. Quand la maladie est avancée elles ne ressemblent en rien à une tumeur bénigne. Bien qu'elles naissent

[1] Dans le fait que nous avons publié la tumeur sarcomateuse était également pédiculée et l'on comprend que ce fait sera susceptible de se produire toutes les fois qu'il s'agira de la transformation d'un polype muqueux en tumeur maligne. (Note des traducteurs.)

de la cloison, la dureté de la tumeur, l'absence de fluctuation, la fréquence des ulcérations à leur surface serviront à les distinguer des abcès de la cloison. Les tumeurs cartilagineuses ou osseuses pourraient être confondues avec des tumeurs malignes ; mais dans la plupart des cas, leur extrême dureté, l'excessive lenteur de leur développement, leur nature essentiellement locale, serviront de guide au chirurgien et lui permettront de porter un diagnostic exact.

Dans le diagnostic des tumeurs des fosses nasales, on ne doit pas oublier les rhinolithes et les corps étrangers, mais les premiers sont très souvent mobiles et l'on peut reconnaître en les râclant, leur surface calcaire ; souvent aussi on peut entendre un son lorsqu'on les touche avec le stylet ; quant aux corps étrangers, les symptômes qu'ils déterminent n'augmentent pas progressivement, et les malades sont le plus souvent des enfants [1]. La rapidité avec laquelle la tumeur se reproduit après une ablation partielle est un caractère très marqué, sinon distinctif des tumeurs sarcomateuses, tandis que l'épithelioma amène fréquemment l'infection générale de l'organisme et la cachexie. Quoi qu'il en soit, dans tous les cas où il existe le moindre doute, on doit s'assurer avec certitude de la nature de la tumeur par l'examen microscopique d'une petite partie de sa substance [2].

Pronostic. — Dans le carcinome des fosses nasales les chances de guérison complète sont aussi précaires que pour le

[1] Il est bon de savoir cependant que lorsque les corps étrangers ont séjourné quelque temps dans le nez ils amènent la formation de fongosités, saignant facilement et ayant la plus grande analogie avec une tumeur maligne. Les faits de confusion de ce genre sont même loin d'être rares et la plus grande attention est nécessaire pour éviter pareille erreur. Le stylet, quelques injections de tannin, quelquefois les *commémoratifs* pourront éclairer le diagnostic, si le corps étranger ne s'est pas enclavé dans le nez pendant un vomissement ; fait à élucider. (Note des traducteurs.)

[2] Un excellent signe de diagnostic est également l'écoulement du sang spontané, souvent même assez abondant pour nécessiter le tamponnement. Les douleurs névralgiques sus et sous-orbitaires sont aussi plus fréquentes dans les néoplasmes malins. (Note des traducteurs.)

cancer des autres parties nu corps; mais, dans le cas de sarcome, on a quelque sujet de croire que si l'affection est traitée de bonne heure et radicalement, le pronostic n'est pas absolument mauvais. Comme preuve de ce que j'avance, au moment de mettre sous presse, j'ai eu l'occasion de voir un malade auquel le Dr Francis Masson a enlevé une masse de cancer à myéloplaxes, insérée sur la cloison. On avait détaché l'aile du nez par une incision le long du côté du nez et enlevé complètement la tumeur. La surface mise à nu fut ensuite cautérisée avec une forte solution au chlorure de zinc (2,0 30,0). Bien que cet homme soit âgé de soixante-sept ans et n'ait jamais eu une très bonne santé, il n'existe aucune trace de récidive, quoique l'opération ait été faite depuis plus de sept ans [1].

Anatomie pathologique. — Ce n'est pas ici le lieu de faire l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Les sarcomes et les polypes cancéreux présentent les mêmes caractères que les néoplasmes analogues des autres parties du corps.

Traitement. — Détruire complètement la tumeur quand il est possible de le faire est le seul traitement rationnel que l'on doive appliquer aux tumeurs malignes. Le manuel opératoire doit être soigneusement étudié. Dans ce dédale étroit formé par les fosses nasales, il est en effet difficile de mettre la tumeur assez complètement à découvert pour l'extirper tout entière. Or, une ablation partielle ne sert qu'à aggraver la situation.

Il arrive assez souvent que, lorsque le malade vient trouver le médecin, le néoplasme a acquis un tel développement que l'on doit s'en tenir simplement aux moyens palliatifs. On peut alors faire usage des astringents locaux qui amènent un resserrement momentané de la masse de la tumeur. J'ai parfois employé avec avantage le galvano-cautère contre les hémorrhagies, en particulier chez un malade que j'ai eu récemment

[1] Dans deux cas observés par nous les malades ont également guéri, et depuis déjà deux ans il n'y a eu aucune récidive; il s'agissait de sarcomes. (Note des traducteurs.)

l'occasion de traiter de concert avec le Dr Slimon, de Bow, et qui avait des épistaxis très considérables[1].

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU NEZ [2]

Latin Eq. — Mala venerea nasi.
Anglais Eq. — Syphilitic affections of the nose.
Allemand Eq. — Nasensyphilis.
Italien Eq. — Malattie sifilitiche del naso.

Définition. — *Manifestation locale, dans l'intérieur des fosses nasales, de la syphilis sous ses diverses formes, primaire, secondaire, tertiaire et congénitale, donnant lieu dans les cas bénins à une légère obstruction des cavités nasales par gonflement de la muqueuse, et dans les cas graves à des ulcérations et à la nécrose des os qui peut se terminer par une destruction plus ou moins complète de la charpente osseuse du nez.*

Historique. — On peut trouver une description fort bien faite de la syphilis nasale dans les écrits de l'empereur chinois Hoang-ty[3], qui remontent à plus de 2,600 ans avant l'ère chrétienne. Les anciens auteurs paraissent aussi avoir connu la

[1] Le procédé opératoire sera approprié à chaque cas particulier. S'il est possible d'opérer par les voies naturelles on aura évidemment recours à ce procédé, mais s'il est impossible d'atteindre par ce moyen la tumeur tout entière, il ne faudra pas hésiter à se faire le jour nécessaire pour arriver au but et sauver le malade. Les divers procédés recommandés pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens pourront tour à tour trouver ici leur indication. (Note des traducteurs.)

[2] Les lésions syphilitiques de la cavité naso-pharyngienne seront étudiées plus loin à l'article *Surdité d'origine pharyngienne*. Cette disposition me paraît la plus convenable, en ce sens que dans les cas de ce genre, les phénomènes qui se produisent du côté des fosses nasales me paraissent absolument secondaires, comparés aux symptômes auriculaires que détermine la maladie lorsqu'elle attaque la trompe d'Eustache.

[3] Voyez Fabry : « La Médecine chez les Chinois ». Paris, 1863, p. 260 et suivantes.

syphilis nasale chez les enfants. Dans les écrits de Susruta [1], l'on trouve en même temps que la description d'autres lésions manifestement syphilitiques, un récit de désordres des fosses nasales dus au même poison constitutionnel. Il est très probable que bon nombres d'affections graves des fosses nasales, décrites sous la dénomination générale d'ozène, par les auteurs grecs et romains (Voy. *Catarrhe sec*, p. 128), étaient d'origine syphilitique, mais ces auteurs n'ont jamais soupçonné une telle relation. Il est possible cependant que Dion Chrysostome [2] ait voulu faire allusion à la syphilis du nez dans le passage suivant : « On dit qu'Aphrodite, pour punir les femmes de Lesbos, leur infligeait la maladie du creux de l'aisselle; c'est ainsi que la colère divine a détruit le nez d'un grand nombre d'entre vous. » Après la terrible recrudescence du mal vénérien qui suivit le retour de Colomb et de ses compagnons en 1496, la nature spécifique de cette affection du nez fut connue des médecins [3], et la fâcheuse difformité qui la suit devint le sujet favori des railleries des poètes et des satiriques. La syphilis nasale, aussi bien que les autres manifestations graves de la vérole, était probablement plus commune à cette époque que de nos jours où le traitement de la maladie est mieux connu. Dans ces dernières années, l'introduction de la curette tranchante de Volkmann [4] a fait faire de sérieux progrès au traitement des cas les plus graves. En 1876, Clinton Wagner [5] publia un travail qui contient un bon nombre d'indications fort utiles

[1] *A'yurvedas. Nidânasthâna.* C. II. Traduit par Hessler, Erlangen, 1844-50. Ce traité de médecine indien, qui date probablement à peu près de l'an 600, est une compilation de Susruta des ouvrages de son maître d'Hanvantare. On a pensé (Khory: *Digest. of the principles and practice of medicine*, London 1879, préface, p. VI) que cet ouvrage n'était qu'une version en sanscrit de quelques-uns des écrits d'Hippocrates, mais cela ne paraît pas fondé; et de fait cet ouvrage ne leur ressemble en rien ni par la matière ni par la forme.

[2] *Orationes ex recens. J. J. Reiskii. Leipsiae*, 1784, vol. II, orat. 33 (cité par Lancereaux. « *Treatise on syphilis* ». *Syd. soc. Transl* , 1868, vol. 1, p. 15).

[3] Presque tous les auteurs qui traitent de la syphilis mentionnent la forme nasale de l'affection. Il me paraît inutile de donner des détails historiques plus complets sur ce sujet. Le lecteur peut consulter la volumineuse collection des travaux contenus dans l'Aphrodisiaque, publié pour la première fois par Alyosius Luisini à Venise, en 1599, réédité et complété par des travaux publiés après cette date par Langerak, à Leyden, en 1728, et continué par Gruner jusqu'en 1793.

[4] *Uber d. Gebrauch d. Scharften Loffels, etc.* Halle 1872 et « *Beitrœge z. Chirurgie.* Leipzig, 1875, p. 267.

[5] *Syphilis of the nose and Larynx.* Columbus, Ohio, 1876.

pour le traitement de la syphilis nasale et, l'année suivante, Schuster [1] écrivit une fort bonne notice, dans laquelle il relatait les résultats favorables qu'il avait obtenus par la méthode de Volkmann, et contenant en outre, une très remarquable contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'affection par Sänger.

Etiologie. — Spencer Watson [2] a rapporté un cas de chancre induré des narines. La malade était une nourrice, placée chez une dame qui avait donné naissance à un enfant syphilitique. Le chancre ne put être directement constaté, mais il existait du gonflement dans la narine, accompagné d'une vive douleur de fièvre et de dépression intellectuelle. Les symptômes secondaires se montrèrent ensuite et suivirent leurs cours habituel. L'infection dans ce cas paraît avoir été produite par les doigts de la malade [3].

Les causes prédisposantes de la syphilis nasale, pour les accidents secondaires et tertiaires sont inconnues, mais il est probable que, chez les syphilitiques, le catarrhe chronique ou toute autre affection accidentelle tend à amener des manifestations de la maladie dans les fosses nasales. La diathèse strumeuse semble avoir une influence sur cette localisation et prédisposer les malades aux plus graves manifestations de la syphilis dans les fosses nasales. La syphilis du nez coïncide souvent avec les lésions tertiaires les plus graves, mais il est difficile de dire si elle en est la cause ou la conséquence. Quoi qu'il en soit, elles paraissent moins fréquentes de nos jours qu'elles ne l'étaient autrefois. Cependant, dans les pays où la syphilis existe depuis des siècles et n'a jamais été combattue par les moyens appropriés, elle paraît avoir encore une

[1] *Beitræge z. Pathologie u. Therapie der Nasensyphilis*, von Dr Schuster u. Dr Sänger. *Vierteljarhrsschr. für Dermatol u. Syphilis*, 1877, u. 2 Heft. and *ibid.* 1878.

[2] *Med. Times and Gaz.* 1881, vol. I, p. 428.

[3] J'ai eu également (Dr Moure) l'occasion d'observer récemment un fait analogue, chez un homme de quarante ans, qui s'était contaminé avec le doigt. Il eut peu de temps après toute la série des accidents secondaires, très prononcés, qui céda à l'emploi du traitement spécifique. Le chancre siégeait sur la cloison à un centimètre environ de l'orifice de la narine droite : Voir *Rev. mens. de laryng.*, 1887. (Note des traducteurs.)

extrême virulence, et montre une tendance à s'attaquer de bonne heure aux fosses nasales [1]. Ce fait du rapide développement des accidents tertiaires a été démontré par les cas traités au Val-de-Grâce au retour des troupes françaises, de Mexico [2]. Les malades avaient contracté la syphilis avec des femmes indigènes; dans deux cas, les accidents tertiaires apparurent au cours de la première année; dans un troisième ils apparurent moins de six mois après l'inoculation première. Chez les Arabes les symptômes que nous appelons tertiaires surviennent presque en même temps que les accidents primitifs et attaquent le plus souvent la face et en particulier les fosses nasales. En Europe, les accidents secondaires surviennent ordinairement dans le nez, du troisième au neuvième mois, tandis qu'il est rare d'observer des lésions tertiaires dans les premières années qui suivent l'inoculation. Le cas rapporté par Mauriac [3] est une exception. Il s'agit d'un malade qui contracta la syphilis à Paris, et qui fut atteint de nécrose des os du nez neuf mois après le début de la maladie.

Les accidents secondaires sont rares, ou passent fréquemment inaperçus, dans les fosses nasales. Sur 186 femmes malades, observées par eux, Davasse et Deville [4] ont rencontré 8 fois dans le nez de larges condylomes, tandis que les amygdales avaient été atteintes 18 fois. D'autre part, Bassereau [5], sur 110 malades du sexe masculin, a constaté deux fois seulement des plaques muqueuses du bord des narines, tandis que 100 avaient eu des manifestations de la maladie sur les amygdales. Les résultats obtenus par Bassereau sont plus conformes aux miens propres que ceux des observateurs précédemment

[1] Il faut aussi compter sur les manifestations tardives de la syphilis héréditaire sur laquelle M. le prof. Fournier a récemment appelé l'attention. (Note des traducteurs.)

[2] Spillmann : *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XIII, 1re partie, p. 39.

[3] *Syphilose pharyngo-nasale. Union médicale*, 1877, t. I., p. 342.

[4] Cité par Lancereaux. Traité sur la syphilis. *Syd. Soc. Tranl.* London, 1868, vol. I, p. 174 et suivantes.

[5] *Ibid.*, p. 175.

cités. Au Val-de-Grâce [1], à Paris, la proportion de syphilis nasale est de 1 p. 100 seulement sur le total des cas observés dans l'espace d'un an. Les accidents tertiaires sont plus fréquents. Toutefois à l'heure actuelle ils paraissent assez rares et Willyk [2] les a observés dans la proportion de 2,8 p. 100 sur 218 cas.

Symptômes. — Les symptômes que présentent les malades atteints de syphilis nasale varient avec la période de la maladie et la gravité des lésions. A la période secondaire, il n'existe d'ordinaire qu'un état d'hyperhémie de la muqueuse déterminant les symptômes d'un catarrhe rebelle. Parfois cependant on peut voir les plaques muqueuses à l'angle externe des narines, ou immédiatement à l'entrée des fosses nasales, soit sur la partie antérieure de la cloison, soit sur le cornet inférieur. La rhinoscopie permet aussi de constater des plaques semblables sur les bords des arrière-fosses nasales. Un coryza très rebelle est parfois la conséquence de ces lésions ; à ce même moment, les taches de roséole apparaissent sur la peau [3].

Dans la syphilis tertiaire, il n'est pas rare d'observer la perforation de la cloison, les os cariés exhalent une odeur excessivement fétide à laquelle on avait jadis appliqué le terme « ozène », qui est maintenant réservé (voir p. 136) à certaines formes de catarrhe sec (*dry catarrh*). Dans les cas de ce genre la sécrétion nasale est ordinairement abondante, souvent noirâtre et des lotions très soigneusement faites à l'aide d'irrigations ou de pulvérisations ne suffisent pas à détruire la mauvaise odeur. Quand le vomer est sérieusement atteint,

[1] Spillmann, *Op. cit.*, p. 38.

[2] *Prager Vierteljahrsschr*, 1856, XXIII, 2, p. 20.

[3] Dans le cas de chancre, on observe souvent une tumeur framboisée, muriforme, d'aspect rouge et grisâtre, en certains points exulcérée. La consistance est rénitente, assez dure surtout au niveau de la cloison, sa forme variable suivant son siège. Elle saigne facilement au toucher à cause de la grande vascularisation de la muqueuse nasale; elle est généralement indolente, produisant l'obstruction de la narine qu'elle occupe ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. (Note des traducteurs.)

on peut voir la charpente osseuse du nez s'affaisser, amenant ainsi une dépression caractéristique, comme si l'organe avait été écrasé, tandis que si la portion cartilagineuse de la cloison est détruite, le bout du nez s'abaisse et forme comme un moignon qui s'applique sur la portion osseuse (fig. 74). Parfois, les tissus et la charpente du nez tout entière sont détruits, il ne reste plus que deux petits orifices entourés de tissu cicatriciel. La maladie peut s'étendre au maxillaire supérieur, détruire les parois osseuses du canal lacrymal et faire disparaître lentement de grandes portions de l'ethmoïde et du sphénoïde. L'apophyse basilaire de l'occipital peut disparaître entièrement par une carie lente, ou bien ces os peuvent être éliminés sur de larges surfaces par une rapide nécrose. La cavité crânienne elle-



FIG. 74. — Affaissement du nez, résultat de la destruction de la cloison cartilogineuse par la syphilis.

même est parfois ouverte et, dans les cas de ce genre, la terminaison fatale survient rapidement par inflammation du cerveau et de ses membranes. Trousseau [1] rapporte un cas dans lequel une grande partie de l'ethmoïde, constituant environ un quart

[1] *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu.* Paris, 1868, t. I, p. 546.

de la totalité de l'os avait failli étouffer le malade en tombant tout à coup dans sa gorge. Il mourut le jour suivant avec tous les symptômes d'une affection cérébrale aiguë, très probablement déterminée par la propagation de l'inflammation au cerveau. Brodies [1] et Graves [2] ont publié des cas dans lesquels l'inflammation s'était propagée à travers la lame criblée de l'ethmoïde et avait donné lieu à des attaques d'épilepsie et de manie qui se terminèrent par la mort. Baratoux, cependant, a publié l'histoire d'un malade chez qui le sphénoïde tout entier fut éliminé par le nez sans qu'on ait observé aucun désordre du côté du cerveau [3].

A l'examen des fosses nasales dans la syphilis tertiaire, on aperçoit fréquemment des ulcérations larges et profondes, à bords déchirés, de coloration gris sale à leur base. Quand la carie existe, les portions malades de l'os apparaissent, d'ordinaire, noirâtres, à surface rugueuse et inégale. Parfois cependant, on ne voit autre chose que des croûtes de coloration sombre et du mucus jaune verdâtre, qui cache absolument le véritable état des tissus sous-jacents. Parfois aussi les portions osseuses malades peuvent être situées si haut dans la cavité nasale, qu'on ne peut les apercevoir, mais même alors on peut souvent les découvrir à l'aide d'un stylet. Dans l'un et l'autre cas cependant, il peut se faire que malgré l'examen le plus minutieux, on ne puisse découvrir le siège véritable de la maladie. C'est ce que démontrent quelques observations relatées par E. Frankel. (Voy. *Anatomie pathologique.*)

Diagnostic. — Il est rare qu'on soit très embarrassé pour le diagnostic de cette affection ; la seule maladie avec laquelle on pourrait la confondre est le lupus du nez quand il débute par les fosses nasales. L'âge auquel le lupus apparaît d'ordinaire servira à établir le diagnostic ; il se manifeste, en effet, de

[1] *London med. Gaz.* 1844.

[2] *Clinical lectures.* Vol. II, p. 484.

[3] *Arch. Ital. di laryng.* 3e année, 15 juillet 1883, pp. 19-21.

meilleure heure que n'importe quelle forme de la syphilis, la forme héréditaire exceptée.

Quoi qu'il en soit, même au début, les papules ou les tubercules du lupus suffisent à le différencier, tandis que plus tard la tendance marquée de ce processus morbide à envahir les *cartilages* est absolument caractéristique. On a souvent confondu les caries syphilitiques avec le coryza sec quand elles s'accompagnent du symptôme ozène, mais tout praticien expérimenté sait parfaitement que les deux odeurs sont absolument distinctes ; au reste, dans l'ozène vrai, les irrigations font parfaitement disparaître l'odeur, tandis que les lavages les mieux faits, si prolongés qu'ils soient, sont impuissants à dissiper l'odeur qui résulte de la carie osseuse d'origine syphilitique. Si l'on avait quelques doutes, l'emploi des tampons de Gottstein trancherait la difficulté, car ils font parfaitement disparaître l'odeur dans l'ozène vrai, et ne font que l'accroître s'il existe une carie ou de la nécrose.

Il importe de faire observer que bien que, les perforations de la cloison résultent plus souvent de la syphilis tertiaire que de toute autre cause, on ne doit pas uniquement l'attribuer, comme cela se produit fréquemment, à une lésion syphilitique. Même en ne tenant pas compte des difformités congénitales et des traumatismes, une ouverture permanente peut être le résultat d'abcès de la cloison, de kystes sanguins, peut-être même d'une ulcération tuberculeuse[1] (Voy. *Tubercules de la membrane pituitaire*, p. 244[2]).

Si je m'étends sur ce sujet avec une certaine insistance, c'est qu'il m'a été donné de voir de très regrettables erreurs commises pour avoir oublié les faits que je mentionne ci-dessus.

Dans tous les cas douteux, on doit s'enquérir avec soin des

[1] Nous avons vu également une perforation de la cloison se produire chez un malade diabétique à la suite d'une ulcération de la muqueuse de la partie inférieure. C'est là un fait qui demande à être confirmé par de nouveaux exemples. (Note des traducteurs.)

[2] Voyez encore : Perforation de la cloison dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme articulaire aigu.

antécédents du malade, rechercher sur la peau les taches cuivrées, les épaississements du périoste à leur place ordinaire tandis qu'on trouvera des cicatrices et de l'induration sur la langue, le pharynx et le larynx. En l'absence de tous ces symptômes, l'iodure de potassium permettra de déterminer la nature de la lésion.

Anatomie pathologique. — Sanger [1] a examiné avec soin plusieurs spécimens d'excroissances polypiformes enlevées des fosses nasales de malades atteints de syphilis. L'examen d'une de ces préparations lui a permis d'arriver aux conclusions suivantes : Tous les éléments de la muqueuse étaient en un point considérablement hypertrophiés, et le bourrelet ainsi formé tendait à s'accroître avec le développement de la maladie et finalement sous l'influence de la pesanteur à devenir pendant dans la cavité nasale. A la section, la masse présentait deux zones parfaitement déterminées : 1° une interne ou érectile, formée d'une trame de capillaires veineux, entourée de tissu conjonctif, dense, de structure fibrillaire et renfermant les follicules acineux de la muqueuse, dont les lobes paraissaient être envahis par le tissu voisin et tendaient à s'atrophier ; 2° d'une zone corticale externe formée d'une énorme quantité de petites cellules rondes, de grandeur uniforme, et serrées les unes contre les autres au sein d'une trame lamineuse très fine de tissu aréolaire.

Ces cellules avaient chacune un noyau et souvent plusieurs nucléoles, elles étaient entourées par les vaisseaux sanguins dont elles avaient par place et en partie pénétré les parois. La zone corticale était récouverte d'un épithélium cylindrique, dépourvu de cils vibratiles. En certains points cet épithélium avait disparu, laissant à sa place de petites excoriations microscopiques, et c'est dans ces points là que les cellules rondes étaient plus particulièrement nombreuses. Sanger conclut de ce qui précède, que le processus morbide consiste d'abord en une hypertrophie primitive de la muqueuse, de ses vaisseaux

[1] *Loc. cit.*

et de ses glandes, suivie de la formation de petites cellules arrondies à la périphérie de la tumeur, qui empiétant peu à peu sur les vaisseaux et les glandes, avaient déterminé une oblitération de leurs conduits et par conséquent leur dilatation en certains points.

C'est ainsi que la couche corticale, de cellules arrondies et de tissu érectile, aurait été formée. Le caractère manifestement syphilitique de l'infiltration produite par la prolifération des cellules arrondies de la muqueuse, fut démontré par la comparaison avec d'autres coupes de productions évidemment syphilitiques tirées des intestins. Sanger conclut encore de l'examen d'autres spécimens, que cette infiltration de la muqueuse par prolifération de petites cellules arrondies peut se produire sans hypertrophie préalable. Dans tous les cas, l'infiltration celluleuse s'étend dans les tissus voisins, de sorte qu'on ne peut lui assigner une limite exactement définie. Dans d'autres circonstances, on trouve de véritables néoplasmes syphilitiques (condylômes), la structure de la muqueuse elle-même est altérée et l'épithélium absent ou réduit à une mince couche de cellules mal nourries.

Les modifications des cartilages et des os aux points correspondant aux plaques infiltrées de la muqueuse consistaient : 1° en une nécrose exfoliatrice résultant de la suppuration ; 2° en de l'ostéite syphilitique raréfiante ou *carie sèche* (caries sicca), la substance osseuse ayant été résorbée et remplacée par des granulations ulcéreuses de la muqueuse ; 3° enfin, en une ostéite plastique raréfiante, par transformation du tissu conjonctif, du périoste et de l'os en cellules fusiformes, les unes en partie transformées en tissu conjonctif ordinaire, les autres en tissu osseux de nouvelle formation.

Sanger fait en outre observer que l'opinion communément reçue, que l'ulcération de la muqueuse du nez doit nécessairement précéder la carie des os ou des cartilages, est erronée ; il affirme au contraire que la charpente osseuse de cet organe peut être primitivement le siège de la carie syphilitique, absolument comme le frontal ou le tibia peuvent être atteints par une périostite syphilitique primitive.

On pourrait admettre, ainsi que le fait observer E. Fränkel[1], d'après trois cas examinés après la mort, que la nécrose osseuse peut être moléculaire, les ulcérations étant si petites qu'elles échappent à l'observation pendant la vie. Frankel trouva un épaisissement cirrhotiqne de la muqueuse avec résorption partielle des glandules venant compliquer la lésion osseuse.

Pronostic. — Dans la syphilis secondaire et dans les cas bénins de syphilis tertiaire, quand la lésion est peu avancée et la résistance vitale du malade encore suffisante, la guérison est à peu près certaine sous l'influence du traitement spécifique bien dirigé. Mais lorsqu'il existe une carie accentuée, le pronostic est nécessairement grave, surtout quand le malade, et c'est la règle dans les cas de ce genre, est très affaibli.

Traitement. — Le *coryza syphilitique* chez l'adulte cède rapidement. On peut administrer les toniques ordinaires et faire usage en même temps d'irrigations nasales au bicarbonate de soude ou au permanganate de potasse. La guérison survient d'ordinaire en une semaine ou deux. Les *condilomes* quand ils existent doivent être cautérisés à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

Dans la *syphilis tertiaire*, un traitement plus énergique est nécessaire et le traitement général uni au traitement local est absolument indispensable.

On donnera l'iodure de potassium en augmentant graduellement la dose depuis 60 centigr. jusqu'à 1 gr. trois fois par jour. Si ce médicament employé régulièrement pendant quelques mois ne produit aucun résultat ou n'amène qu'une légère amélioration, on doit alors recourir au mercure seul ou associé à l'iodure de potassium. On peut prescrire de petites doses de sublimé deux ou trois fois par jour, dans une décoction de salsepareille, ou le cyanure de mercure administré sous forme de pilules [2] trois fois par jour. Il est souvent

[1] *Virchow's Arch.* Bd. 65, t. XXV, 1·Left., 1879.

[2] Cyanure d'hydrarg. 0,006, sucre de lait 0,045, gomme adragante Q.S.; M. ft. pil.

très avantageux de faire prendre alternativement les deux médicaments. Ainsi un cas amélioré jusqu'à un certain point par l'iodure de potassium, fait de plus rapide progrès sous l'influence du mercure, mais si après un court espace de temps on revient à l'iodure de potassium on voit les symptôme s'améliorer plus rapidement encore [1]. Quand il existe de la cachexie un traitement reconstituant doit être soigneusement suivi.

Le traitement local peut être utile dans toutes les formes de syphilis tertiaire et de fait il est souvent indispensable. Quand il existe de la carie osseuse accompagnée de sécrétion fétide, on doit soigneusement nettoyer les fosses nasales deux ou trois fois par jour à l'aide d'irrigations détersives et désinfectantes. Il peut exister des ulcérations superficielles dans les fosses nasales, elles cèderont rapidement sous l'influence de ces lavages, mais pour les ulcérations profondes, des remèdes plus énergiques sont nécessaires. On peut dans ce but faire usage de nitrate d'argent fondu à l'extrémité d'une tige d'aluminium, à laquelle on a imprimé une courbure convenable. Dans les cas rebelles, des applications quotidiennes de poudre d'iodoforme portée sur l'ulcération au moyen de l'insufflateur amèneront la guérison alors que tous les autres moyens auront échoué.

On peut prescrire en outre des pulvérisations antiseptiques ou des inhalations stimulantes et antiseptiques, telles que vapeurs iodées, vapeurs créosotées, vapeurs de pin silvestre de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge. On doit enlever l'os nécrosé à l'aide de pinces appropriées, *quand les fragments sont libres* et à la portée de la vue, mais il est très dangereux de chercher à enlever un sequestre par la force. Schuster [2] s'est servi avec de grands avantages de la curette tranchante de Volk-

[1] Il est bon en effet, comme le conseille M. Fournier, de faire précéder le traitement ioduré par l'emploi du mercure, le premier médicament ayant alors une action plus efficace que s'il est employé d'emblée. (Note des traducteurs.)

[2] *Loc. cit.*

mann (fig. 52, p. 64), dans les cas d'ulcérations très rebelles, alors même que l'os ne pouvait être découvert avec le stylet. On râcle d'abord l'ulcération, s'il reste ensuite une portion de tissu induré, on le détruit au nitrate d'argent ou au galvanocautère. Les expériences de Schuster s'accordent avec celles de Volkmann [1] précisément sur ce point, à savoir : que c'est surtout dans les cas les plus graves et en apparence désespérés de destruction de la charpente osseuse du nez, que le traitement avec la curette tranchante donne les plus brillants résultats. J'en ai fait usage quelquefois, mais toujours avec les plus grandes précautions. Son emploi n'est pas toujours en effet exempt de dangers, et j'ai eu connaissance d'un cas de mort par hémorrhagie, survenu alors que le chirurgien opérait à l'aide de la curette le râclage des fosses nasales chez un individu atteint de nécrose syphilitique.

Quand il est impossible d'apercevoir l'os malade par les méthodes ordinaires d'examen, et que les symptômes sont urgents, il peut être utile de découvrir complètement les fosses nasales dans le but d'appliquer directement sur les parties malades des remèdes énergiques.

Celse [2] conseille un moyen extrême ; on devrait, d'après lui, mettre complètement à découvert les cavités nasales, mais l'opération de Rouge permet de voir suffisamment les fosses nasales, et donne accès à toutes les cavités accessoires. (Voy. : *Polypes fibreux de la cavité naso-pharyngienne.*)

Quand il existe une destruction complète du nez, la rhinoplastie peut remédier à cette difformité ; nous renvoyons le lecteur pour les détails de cette opération aux traités ordinaires de chirurgie. On peut aussi corriger la difformité, lorsqu'elle est peu considérable, avec un nez artificiel.

[1] *Beitrœge zür chirurgie*. Leipzig, 1875, p. 267.

[2] *De Medicina*. Libr. VII, c. II.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DU NEZ

La syphilis héréditaire peut s'attaquer aux fosses nasales à deux périodes différentes de la vie, à savoir : au moment de la naissance ou immédiatement après, et plus tard pendant la jeunesse. Les nouveau-nés sont, toutefois, plus spécialement frappés et chez eux la maladie revêt les formes les plus graves du catarrhe. Il apparaît d'ordinaire dans la première ou la seconde semaine qui suit la naissance, et débute rarement après le second mois.

Dans la plupart des cas, il est très probablement sous la dépendance de plaques muqueuses de la membrane pituitaire, bien que règle générale, on ne puisse les voir. L'écoulement peut être clair au début, mais il devient bientôt muco-purulent. Il existe une telle obstruction des cavités nasales, que l'on voit souvent se produire pour le sommeil et l'allaitement les désordres graves que nous avons décrits à propos du coryza aigu infantile. (Voy. p. 84.)

Le gonflement de la muqueuse et l'accumulation de mucus desséchés rend la respiration nasale difficile et pénible, et le peuple en Angleterre, dit, des enfants qui en sont atteint, qu'ils ont le « snuffles ».

La sécrétion irrite le bord des narines et la lèvre supérieure, et amène une rougeur excessive et des excoriations de la muqueuse et de la peau de ces parties. La maladie est chronique dans son cours, elle n'a que peu ou pas de tendance à céder spontanément et, dans la majorité des cas, si elle n'est pas enrayée par le traitement, elle devient graduellement plus grave. S'il en résulte une carie des os et des cartilages, le nez s'affaisse, et l'enfant est défiguré pour le reste de ses jours.

Quand l'écoulement et la carie coexistent, l'arrêt subit de la sécrétion est, d'après Hermann Weber[1], le symptôme pré-

[1] *Med. chir. trans.* Vol. XLIII, p. 177.

curseur d'une lésion cérébrale sérieuse et souvent mortelle. Ce médecin rapporte un cas dans lequel les symptômes cérébraux apparurent aussitôt après l'arrêt de l'écoulement. Quatre jours plus tard, le petit malade fut pris de frissons et des symptômes évidents d'une pyohémie ; il mourut treize jours après le premier accès algide. A l'autopsie, on trouva des thrombus dans le sinus caverneux et dans la veine ophtalmique gauche. Il y avait tous les signes d'une méningite intense et l'hémisphère gauche du cerveau était baigné de pus. On trouva des collections purulentes dans les plèvres, les poumons et le foie.

Les enfants syphilitiques sont, pour la plupart, petits et débiles. Leur peau a une teinte grisâtre, lorsqu'elle n'est pas recouverte de l'éruption papuleuse de coloration cuivrée, ou du *pemphigus des nouveau-nés* (pemphigus neonatorum). Parfois, les enfants sont sains en apparence à la naissance; le marasme ne survient que trois ou quatre semaines plus tard. On constate ordinairement des plaques muqueuses à l'anus, et souvent aux commissures labiales et sur le bord des paupières.

Le coryza syphilitique, lorsqu'il survient chez les enfants, nécessite à la fois un traitement général et un traitement local. Bien que j'estime que, dans bon nombre de cas de syphilis constitutionnelle des adultes, le traitement mercuriel n'est pas nécessaire (voy. t. Ier, Préface, et pp. 130 et 131 trad. Moure et Bertier), dans cette forme de l'affection, le traitement mercuriel me paraît être le meilleur et devoir être adopté; l'administration de ce médicament ayant une influence marquée sur l'intensité et la durée de la maladie. On le donnera sous la forme de poudre grise [1] à la dose de 6 ou 12 centigr. deux fois par jour. S'il survient de la diarrhée, on

[1] La poudre grise « grey powder » si usitée en Angleterre, se prépare de la manière suivante :

Mercure. . . . . . 1 once.
Craie préparée . . 2 —

Mêlez jusqu'à ce que les globules disparaissent. (Note des traducteurs.)

pourra ajouter à chaque dose de poudre grise, 0.06 centigr. de poudre de Dower ou 0.06 centigr. de craie préparée.

Erichsen[1] recommande l'application externe du mercure, de la manière proposée pour la première fois par Brodie, comme étant la meilleure façon de faire pénétrer le mercure dans l'organisme chez les enfants. Cette méthode est la suivante : — Etendre sur un rouleau de flanelle 4 grammes d'onguent mercuriel, l'enrouler ensuite autour des jambes de l'enfant immédiatement au-dessous des genoux, la surface enduite d'onguent étant immédiatement appliquée sur la peau. Renouveler cette opération tous les jours, pendant une période d'environ deux ou trois semaines, administrer ensuite de l'iodure de potassium dans du lait ou de l'huile de foie de morue.

Le traitement local est aussi presque toujours nécessaire; mais la difficulté qu'on éprouve à l'instituer chez les enfants l'a fait souvent laisser de côté, et les ravages de la syphilis des fosses nasales sont en grande partie dus à cette cause.

Voici la meilleure manière de pratiquer des lotions dans les fosses nasales d'un enfant : le nourrisson est placé sur les genoux de sa nourrice, et la cavité naso-pharyngienne tamponnée à l'aide de l'éponge-tampon temporaire (fig. 62, p. 71). On doit alors soulever légèrement la tête du petit malade, et l'on fait dans les fosses nasales une injection avec une petite seringue ou, si l'on préfère, une pulvérisation ou une irrigation. On a soin, dans ce dernier cas, de ne pas donner au jet une trop grande force. On peut faire usage du collutoire à l'acide borique et au borax ou au permanganate de potasse de la pharmacopée de l'hôpital spécial aux maladies de la gorge, en diminuant les doses de moitié. (Voir l'Appendice.)

[1] *Science and art of surgery.* London, 1872, 6e éd., vol. I, p. 670.

TUBERCULES DE LA MEMBRANE PITUITAIRE

Latin Eq. — Tubercula membranæ pituitariæ.
Anglais Eq. — Tubercular disease of the pituitary membrane.
Allemand Eq. — Tuberkel der membrana pituitaria.
Italien Eq. — Tubercoli della membrane pituitaria.

Définition. — *Affection chronique des fosses nasales, suivant toutes probabilités toujours précédée de tuberculose des poumons ou de tout autre organe, résultat du dépôt dans la muqueuse de tubercules qui forment des tumeurs ayant une grande tendance à s'ulcérer.*

Historique. — On a jusqu'ici rapporté peu d'exemples de tuberculose des fosses nasales. En 1853, Willigk [1] fait mention d'un cas de tuberculose de la muqueuse de la cloison, observé par lui. En 1877, Laveran [2] en décrivit deux cas ; et l'année suivante Riedel [3] deux autres. Volkmann [4] bientôt après étudia brièvement le sujet et émit l'opinion que certains cas regardé comme des manifestations de la syphilis héréditaire étaient en réalité de nature tuberculeuse. En 1880, Tornwaldt[5] publia de très intéressantes observations de cette maladie ; et plus récemment encore, Weichselbaum [6] a fait une étude anatomo-pathologique très soignée des deux cas par lui observés.

Etiologie. — La tuberculose des fosses nasales est une affection évidemment fort rare; il est cependant possible qu'à l'avenir un examen plus attentif permettra d'en observer de temps à autres quelques cas. Et comme il est probable que

[1] *Prag. Vierteljahrsschrift.* 1853, Bd. XXXVIII.
[2] *Union médicale*, nos 35 et 36.
[3] *Deutsche Zeits hrift für Chirurgie*, Bd. X.
[4] *Sammlung Klinischer Vortræge.* Leipzig, 1879, nos 168-169, p. 31.
[5] *Deutsches Archiv. für Klin. Med.* Bd. XXVII, p. 586.
[6] *Allemeigne Wien. med.* Zeitung. 1881, nos 27, 28.

tous ces faits seront publiés, la maladie dans quelques années paraîtra beaucoup plus commune qu'elle ne l'est en réalité.

A l'autopsie, Willigk a rencontré une fois cette affection sur 476 cas, Weischselbaum deux fois sur 146 malades morts de tuberculose. Sur 50 cadavres de tuberculeux soigneusement examinés par E. Fraënkel [1], d'après la méthode de Schälles, la cavité nasale a toujours été trouvée libre de tout dépôt tuberculeux. Je n'ai jamais observé de tuberculose des fosses nasales, mais j'ai dû très certainement en laisser passer quelques cas inaperçus parmi les milliers de malades atteints de phtisie laryngée que j'ai eu l'occasion de traiter. Deux fois cependant j'ai rencontré une perforation de la cloison qui pouvait être considérée comme produite par une ulcération tuberculeuse, cette lésion ne pouvait être, en effet, rattachée à aucune cause apparente. Le malade ne présentait ni antécédents syphilitiques, ni trace de cette maladie. La tuberculose des fosses nasales est probablement toujours secondaire, bien que, dans le cas de Tornwaldt, les symptômes de cette dernière aient précédé de longtemps l'apparition des tubercules dans le larynx et les poumons ; et, dans un des cas rapportés par Riedel, le malade, bien qu'ayant un aspect cachectique, ne présentait aucun signe physique de tuberculose pulmonaire neuf mois après l'ablation d'une volumineuse tumeur tuberculeuse de la cloison.

Symptômes. — La tuberculose peut se manifester dans les fosses nasales sous la forme de tumeurs dont le volume varie de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un œuf de petite poule, ou bien sous celle d'un léger gonflement de la muqueuse avec ulcération. Dans les deux cas, il existe d'ordinaire un écoulement désagréable et plus ou moins fétide. Le dépôt tuberculeux peut se faire dans toutes les parties des fosses nasales; toutefois, il affecte de préférence la cloison. Dans le cas de Tornwaldt, il existait, cependant, une hypertrophie considérable de la muqueuse des cornets sur lesquels

[1] *Arch. of otol.* Juin 1881, vol. X, nº 2.

on constatait deux tumeurs d'un gris rougeâtre ayant la forme et le volume d'un haricot. Dans les cas publiés par Riedel, il existait à la fois des tumeurs et des ulcérations. Dans l'un d'eux, on constatait à gauche, près de l'orifice des narines, une ulcération qui avait détruit l'aile du nez correspondante, tandis qu'à droite l'ulcération avait perforé la cloison. Il existait dans les deux cas des productions morbides considérables insérées sur la cloison. L'une d'elles avait deux centimètres et demi de longueur, deux centimètres de hauteur, un centimètre d'épaisseur. Dans l'autre cas, il existait aussi une saillie semblable, mais beaucoup moins volumineuse. Elles occupaient toutes les deux la partie postérieure de la cloison. Laveran a observé des ulcérations sur la partie antérieure de la cloison. Elles avaient la grandeur d'une pièce de vingt centimes, étaient de coloration grisâtre et absolument indolores. Dans un des cas publiés par Weischselbaum, on voyait quatre petites ulcérations, de la grandeur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille, toutes les quatre occupaient la cloison et sur cette même partie, on constatait à droite, près du plancher des fosses nasales, de petites granulations.

Des granulations analogues existaient à la voûte du pharynx, et bon nombre de glandes dans la cavité rétro-pharyngienne avaient subi la dégénérescence caséeuse. Le second malade de Weischselbaum, une femme âgée de soixante-deux ans, portait sur la partie antérieure du cornet inférieur droit un nodule gris jaunâtre, mou, du volume d'un grain de chènevis. Il y avait en outre, dans la fosse nasale droite, à la partie antérieure du méat moyen, un nodule de la grosseur d'un grain de pavot, et une petite tumeur du volume d'un grain de chènevis occupait l'extrémité antérieure du cornet moyen gauche. Cette dernière était ulcérée au sommet.

Les ulcérations tuberculeuses progressent d'ordinaire fort lentement, et dans un des cas de Riedel, l'ulcération avait débuté environ vingt-sept ans auparavant.

Diagnostic. — Quand on constate une ulcération rebelle

ou des tumeurs dans les fosses nasales d'individus présentant des signes bien nets de tuberculose d'un autre organe, il est permis de supposer que l'affection nasale est de même nature. On ne peut cependant acquérir une certitude absolue qu'en les soumettant à l'examen microscopique. Si l'on trouve (le lupus et la morve éliminés) dans le tissu conjonctif réticulé des grappes de cellules lymphoïdes avec des cellules géantes au centre, il n'y aura pas de doute qu'on ait affaire à des tubercules.

L'*absence* de cellules géantes, n'est cependant pas une preuve de leur non-existence[1].

Anatomie pathologique. — Les tubercules de la muqueuse pituitaire forment d'ordinaire de petites tumeurs, dont la grosseur varie du volume d'un grain de pavot à celui d'un grain de chènevis ; il est des cas cependant où elles forment de larges tumeurs pédiculées ; Riedel en a rapporté des exemples. On peut voir de petites saillies subissant la dégénérescence caséeuse et la muqueuse qui les recouvre présentant les signes de ramollissement et un commencement d'ulcération. Dans le cas de Laveran, les tubercules et les cellules géantes étaient situées dans le substratum sous-épithélial, qui formait la base des ulcérations et dans les tissus qui les entouraient immédiatement. Les tumeurs volumineuses observées par Riedel étaient en grande partie constituées par du tissu granuleux très vasculaire. Les nodules gris, visibles à l'œil nu, apparaissent au microscope « constitués par des amas de grosses cellules, au centre desquels on ne rencontre pas les cellules géantes aussi constamment que dans le lupus ».

Dans le cas de Tornwaldt, une partie de la tumeur préalablement excisée fut examinée par Farne, de Dantzig. Elle était constituée par des groupes distincts de petites cellules nucléées et un certain nombre de cellules épithéliales contenues dans le stroma réticulaire. Dans deux préparations, on put clai-

[1] La présence ou l'absence du bacille de la tuberculose sera encore un élément précieux de diagnostic dont il faudra savoir tenir compte dans les cas douteux. (Note des traducteurs.)

rement constaterla présence de cellules géantes. D'autres portions de la tumeur furent ensuite enlevées et examinées par Baumgarten assisté de Neumann. Voici la note qu'ils rédigèrent à ce sujet : « Nous nous accordons à reconnaître que le spécimen que nous avons été chargé d'examiner est, ainsi que nous l'avions pensé, un nodule tuberculeux. On voit, en effet, au milieu d'un tissu très dense, une infiltration de petites cellules rondes entourées de cellules épithéliales plus volumineuses; au centre (en petit nombre, il est vrai) se trouvent de véritables cellules géantes. La petite quantité de substance qu'il nous a été donné d'examiner peut seule infirmer notre diagnostic de tubercule. »

C'est à Weischselbaum que nous devons l'examen le plus complet des tubercules de la muqueuse du nez. Il constate que la portion périphérique des nodules est composée de cellules lymphoïdes, formant des groupes plus ou moins considérables, et possédant un stroma de tissu conjonctif réticulé. Des tubes glandulaires de formes différentes sont épars çà et là au milieu de la masse des cellules rondes qu'elles traversent dans toutes les directions. Ils représentent les acini et les canaux excréteurs séparés par l'infiltration des cellules lymphoïdes. La lumière d'un bon nombre de ces conduits est oblitérée par « de l'épithélium embryonnaire » (epithelia of low type). Quelques-uns, d'entre eux sont, au contraire, distendus par les cellules rondes qu'ils contiennent. Le nodule peut contenir des cellules géantes pourvues d'un noyau ovale périphérique et finement granulées au centre, ou bien avoir subi la dégénérescence caséeuse et être simplement composé de débris granuleux, avec des noyaux plus distincts et des restes de cellules. La couche sous-épithéliale de la muqueuse voisine des nodules est épaissie et infiltrée de cellules lymphoïdes ; ces dernières sont surtout nombreuses et forment des amas autour des vaisseaux sanguins. Les bords des ulcérations sont infiltrés de cellules arrondies, ou d'éléments semblables aux cellules endothéliales, tandis que leur base est formée d'une couche épaisse de détritus finement granulé (masse caséeuse). Au-dessous de ce tissu conjonctif

qui prolifère, on rencontre des cellules endothéliales. Les follicules muqueux ont subi deux espèces de dégénérescence. Dans l'une d'elles les éléments lymphoïdes ou endothéliaux envahissent les interstices qui séparent les acini sur lesquels ils empiètent et finissent par détruire la glande tout entière, qui, tout en conservant sa forme, est transformée en une masse cellulaire. Dans la seconde, les éléments glandulaires ne sont pas simplement refoulés, mais paraissent participer au processus morbide. La couche sous-épithéliale de la muqueuse est infiltrée de cellules arrondies non seulement au voisinage de la muqueuse, mais encore à une certaine distance.

Pronostic. — Il n'est pas démontré que la maladie puisse être complètement enrayée, quand une fois le dépôt tuberculeux a été formé. Dans le cas de Tornwald, les plaies se cicatrisèrent très rapidement après l'ablation des tumeurs, mais de nouvelles granulations ne tardèrent pas à se former.

Traitement. — On peut faire usage, s'il y a un écoulement désagréable, de collutoires légèrement astringents ou antiseptiques. S'il existe des tumeurs déterminant une gêne sérieuse en raison de leur grandeur et empêchant la respiration, on pourra les enlever. S'il se produit des douleurs, ce qui est rare en vérité, elles pourront être calmées par des insufflations de poudre de morphine et de bismuth.

LUPUS DE LA MEMBRANE PITUITAIRE

Latin Eq. — Lupus membranæ pituitariæ.
Anglais Eq. — Lupus of the pituitary membrane.
Allemand Eq. — Lupus der membrana pituitaria.
Italien Eq. — Lupus della membrana pituitaria.

Définition. — *Dépôt de tissu granuleux, survenant primitivement dans la muqueuse des fosses nasales, qui s'ulcère lentement.*

Historique. — On trouve épars çà et là dans la littérature médicale quelques exemples de cette rare affection, Cazenave[1] et d'autres auteurs en ont publié quelques cas. Hébra et Kaposi[2] en ont donné une description complète dans leur traité des maladies de la peau. Nous devons à Moinel[3] une courte monographie[4].

Etiologie. — Les causes qui produisent le lupus sont généralement inconnues. On le voit toutefois survenir de préférence chez des personnes jeunes, de constitution strumeuse; les femmes paraissent avoir pour cette affection une prédisposition spéciale.

Symptômes. — Le lupus, on le sait, commence d'ordinaire par la peau du nez; il est cependant quelques cas, assez rares il est vrai, dans lesquels il débute sur la muqueuse des fosses nasales et y reste même confiné. La maladie peut se manifester sous la forme de lupus *exedens* ou *non exedens*. Cette dernière variété commence d'ordinaire sur la cloison des fosses nasales, sur laquelle apparaissent de petits tubercules rouges[5] et très irritables. L'ulcération survient plus tard; elle a une

[1] Mém. sur le coryza chronique. 1848.

[2] *Diseases of the skin.* syd. soc. Transl. London, 1875, vol. IV, p. 65-68.

[3] Essai sur le lupus scropuleux des fosses nasales. Paris, 1877.

[4] Plus récemment M. Cozzolino de Naples a publié une monographie sur ce sujet. (Note des traducteurs.)

[5] Schmiegelow de Copenhague a décrit il y a deux ans (Voir : tumeurs malignes primitives du nez. *Revue mensuelle*, août et sept. 1885), une nouvelle forme du lupus des fosses nasales. Il se produirait d'après cet auteur dans les fosses nasales de véritables polypes « parfaitement « pédiculés qui au point de vue clinique aussi bien qu'au microscope « présentent les caractères du tissu lupeux typique, tel qu'on l'observe « dans le lupus de la cloison et le lupus cutané. » Ces masses granulaires du tissu lupeux aggloméré peuvent atteindre la grosseur d'une amande et flottent librement dans la cavité nasale. Elles ressemblent beaucoup aux végétations tuberculeuses du larynx et de la trachée récemment décrites par différents auteurs. Schmiegelow rapporte deux cas observés et traités par lui. Dans le premier cas la tumeur fut enlevée à l'anse froide et cautérisée au galvano-cautère et au nitrate d'argent, dans le second cas le traitement consista dans le raclage de la tumeur avec la cuillère tranchante et la destruction au galvano-cautère. Après quoi guérison complète. Les deux observations de Schmiegelow sont uniques dans la science. (Note des traducteurs.)

grande tendance à s'étendre et dans sa marche envahissante englobe fort souvent la cloison cartilagineuse tout entière, les cartilages des ailes du nez, parfois même une partie de la charpente osseuse. Ces ulcérations sont toujours recouvertes de croûtes, au-dessous desquelles le mal continue sa marche destructive sur un côté, tandis que sur l'autre la cicatrisation se fait. Il se produit en même temps par les fosses nasales un écoulement abondant, qui dans le principe présente les caractères de celui du coryza ordinaire pour se transformer ensuite en un ozène grave. Dans le lupus *non exedens,* il n'y a pas d'ulcérations, mais on voit survenir une dégénérescence atrophique et un raccourcissement des tissus affectés qui frappe à la fois les os et les cartilages. Le malade, aussi bien que dans la forme ulcéreuse, exhale une odeur des plus désagréables.

Diagnostic. — Le lupus est facile à reconnaître pour le praticien qui a déjà vu des exemples de cette maladie ; la jeunesse du malade, la lenteur du processus destructif, et le caractère des ulcérations recouvertes de croûtes et qui ont une tendance à se cicatriser par places sont éminemment caractéristiques [1]. On pourrait confondre la maladie avec une affection syphilitique; l'action curative de l'iodure de potassium permettra de la distinguer de cette dernière ; on ne doit pas oublier cependant que la syphilis et le lupus peuvent coexister chez le même malade. Il est souvent très difficile, parfois même absolument impossible dans les premiers temps, de différencier le lupus de l'épithélioma, mais les caractères distinctifs de ces deux affections ne tardent pas à se manifester.

Anatomie pathologique. — Le lupus au point de vue microscopique est caractérisé par une infiltration des téguments par de petites cellules disposées en forme de « nids » séparés d'abord les uns des autres, mais qui plus tard se réunissent de manière à envahir un espace considérable ; bon

[1] La présence de lupus cutané pourra aussi fixer le diagnostic. (Note des traducteurs.)

nombre de ces cellules sont aussi entassées autour des vaisseaux sanguins. La dégénérescence graisseuse des cellules survient ensuite et l'ulcération se produit. Max Schüller [1] récemment a trouvé des micrococci sur les parties atteintes de lupus et démontra qu'ils pénétraient par leurs extrémités dans le tissu conjonctif voisin, et que le bout de leurs appendices ramifiés était recouvert de granulations. On trouve ces micro-organismes dans les parois des petits vaisseaux qu'entourent les cellules épithéliales.

Pronostic. — Par un traitement bien dirigé, on arrive parfois à enrayer la marche du lupus; mais il a toujours les plus grandes tendances à reprendre son cours, la chose est surtout à redouter quand la cicatrice reste indurée et conserve une couleur rouge ou est recouverte d'arborisation vasculaire. La maladie tend parfois à progresser en arrière et à gagner le pharynx, c'est une circonstance défavorable. Comme les malades deviennent très vieux, la maladie, dans bien des cas, a une tendance à guérir spontanément.

Traitement. — On doit adopter un traitement local dans le cas où le lupus attaque l'intérieur des fosses nasales, laissant indemmes les téguments. On détruira les tissus malades à l'aide de caustiques puissants, tels que l'acide nitrique, la potasse caustique, le chlorure de zinc ou en faisant usage du galvano-cautère. Il faut dépouiller les ulcérations de leurs croûtes avant d'appliquer le caustique et cette application doit être ordinairement répétée à diverses reprises. On doit avoir grand soin de détruire tous les tissus malades, car toute portion qu'on laisse non cautérisée devient le point de départ d'une manifestation nouvelle de la maladie. Le traitement général est de la plus haute importance dans le lupus. L'huile de foie de morue et les toniques, le fer en particulier, doivent être prescrits. Hunt [2] considère l'arsenic comme un spécifique

[1] *Centralbalt für chirurgie*, 1881, n° XLVI.

[2] *Brit. Med. Journ.*, 1862, vol. I, p. 8.

de la maladie, et d'autres praticiens se sont fort bien trouvés de l'emploi de ce médicament [1].

RHINOSCLÉROME

Cette affection excessivement rare a été décrite pour la première fois par Hébra [2], en 1870 ; depuis lors, Geber [3], Tantuzzi [4], Mikulicz [5], Weinlechner [6], Billroth [7] et Cornil [8] en ont rapporté des exemples. Le sujet a été traité d'une façon complète par Kaposi [9], Neumann [10] et Pellizari [11].

On ne sait rien sur les *causes* de cette affection, ni le sexe, ni les maladies constitutionnelles, ni les habitudes personnelles ne paraissent avoir une influence définie sur sa production. La plupart des cas rapportés paraissent s'être développés entre quinze et quarante-cinq ans. Le climat et le genre de vie du sud-est de l'Europe paraissent prédisposer, dans une certaine mesure, à cette affection, puisque sur un total de 40 cas, publiés jusqu'à ce jour, tous, excepté 3, ont été observés à Vienne ou aux environs. 2 d'entre ces derniers se sont produits en Italie et 1 en France, mais je n'ai pas connaissance qu'aucun

[1] L'iodure de potassium à petites doses trouve aussi son indication ainsi que les lavages antiseptiques des cavités nasales à l'aide de la douche de Weber. Les eaux de Salies, en Béarn, paraissent aussi avoir une action efficace sur les affections scrofuleuses de la muqueuse pituitaire. (Note des traducteurs.)

[2] *Wien. med. Wochenschr.* Janvier 1870.

[3] *Arch. f. Dermatol. et syph.* 4 Heft 1872.

[4] *Il Morgagni*, 1872.

[5] *Langenbeck's Archiv.* Bd. XX.

[6] Cité par Neumann, *op. infra cit.*, p. 567.

[7] Cité par Kaposi, *op. infra cit.*, p. 635.

[8] *Progrès médical*, 28 juillet 1883, p. 587.

[9] *Pathol. u. Therapie der Hautkrankheiten.* Zweite Auflage, Wien, u. Leipzig, 1883. Zweite Halfte, p. 632-637.

[10] *Lehrbuch der Hautkrankheiten* Fünfte Auflage, Wien, 1880. p. 566 à 569.

Il Rhinoscle enze, 1

autre cas ait été observé dans d'autres pays. Spillmann [1] parle de malades atteints de rhinosclérome qui auraient été observés par Verneuil et d'autres praticiens, mais il est évident, d'après la description qu'il en donne, qu'il s'agissait simplement d'une périchondrite de la cloison [2].

Le rhinosclérome se manifeste ordinairement aux bords des narines et sur les parties voisines de la lèvre supérieure, sous la forme de plaques unies, légèrement saillantes, lisses à leur surface et présentant la dureté de l'ivoire. Le tégument qui les recouvre a un aspect naturel ou présente une teinte d'un rouge brun ; mais autour des plaques il n'est ni épaissi, ni décoloré. La partie malade est sensible à la pression, mais il n'existe pas de douleurs spontanées.

Les plaques peuvent être discrètes ou confluentes, et la maladie s'étend graduellement par infiltration des tissus qui l'environnent. Il existe rarement des traces d'ulcération, et l'intervention ne paraît pas activer le développement de la tumeur. Bien que l'affection puisse apparaître simultanément ou successivement en deux ou plusieurs points, elle n'a aucune tendance à se généraliser, soit par les vaisseaux sanguins, soit par les lymphatiques ; il n'y a jamais aucun signe d'infection constitutionnelle.

La marche est très lente et le malade ne souffre jamais que de symptômes purement locaux. Le gonflement peut atteindre la cloison et les ailes du nez, au point de donner à cet organe un aspect semblable à un nez « fait en plâtre de Paris », il peut ensuite gagner la lèvre supérieure pour s'étendre aux joues et aux alvéoles. Le processus morbide se propage parfois en arrière par les fosses nasales jusqu'au pharynx, au larynx et à la trachée, ou par la bouche jusqu'au voile du palais. On peut dans chaque cas observer des symptômes différents, tels que l'obstruction des fosses nasales, l'aphonie ou la sténose glottique.

[1] *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. *Nez*, t. XIII, pp. 45, 46.

[2] MM. Cornil et Alvarez, ont publié récemment une intéressante monographie sur ce sujet dans les *Arch. de physiol.*, 1885. (Note des traducteurs.)

On a *distingué* le rhinosclérome de la syphilis, du cancer épithélial et des kéloïdes. Il diffère de la vérole par sa marche essentiellement chronique, par l'absence de ramollissement et d'ulcération, et parce qu'il est rebelle à toute espèce de médication. Il peut être distingué de l'épithélioma par sa surface lisse et brillante, sa dureté, l'absence d'hémorrhagie et d'ulcération et son caractère constamment *local*. Dans la plupart des cas, l'histoire et les progrès de l'affection peuvent seuls le différencier des kéloïdes.

Au point de vue de la guérison, le *pronostic* est absolument défavorable. La tumeur récidive toujours après son ablation complète. La maladie cependant ne constitue un danger pour la vie que lorsqu'elle gagne le larynx.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, la tumeur est formée de cellules rondes sarcomateuses. La carastéristique essentielle du rhinosclérome serait d'après Kaposi [1], l'infiltration du chorion et des papilles par de petites cellules.

Cette observation est confirmée par Cornil, qui fait cependant observer qu'il existe autour des vaisseaux des amas de cellules sphénoïdales, contenant un ou plusieurs noyaux. Ces derniers sont plongés dans un protoplasme réticulé, au sein duquel on aperçoit aussi de petits corps hyalins, réfringents, qui au cours de leur développement arrivent à remplir la cellule tout entière. Ces corps hyalins abandonnent dans certains cas le corps de la cellule mère et s'infiltrent dans les tissus voisins. Ils n'ont aucune nature amyloïde ou graisseuse, et, d'après Cornil, ne contiennent pas de micrococcus. Ils constituent, au point de vue anatomo-pathologique, le caractère distinctif du rhinosclérome. Kaposi [2] a rencontré une fois du véritable cartilage, et, dans un cas de Chiari [3], ce n'était plus simplement du cartilage, mais il y avait un commencement d'ossification.

Le *traitement* médical est sans effet et le traitement chirur-

[1] *Op. cit.*, p. 635.
[2] *Ibid.*
[3] *Ibid.*

gical ne peut être que palliatif et n'avoir d'autre but que de combattre les symptômes les plus dangereux. Le bistouri et les caustiques ont été employés sans succès, car ainsi, que je j'ai déjà fait observer, l'ablation complète ou la destruction du néoplasme a toujours été suivie de récidive. On peut obtenir cependant une amélioration temporaire. Si les fosses nasales sont oblitérées, la tumeur qui détermine l'obstruction peut être enlevée au galvano-cautère et les fosses nasales rétrécies, dilatées à l'aide de tiges de laminaria. Quand le larynx a été envahi et que la suffocation survient, la trachéotomie doit être pratiquée sans délai.

MORVE

Latin Eq. — Equinia; Malleus humidus.
Anglais Eq. — Glanders.
Allemand Eq. — Rotz.
Italien Eq. — Ciamorro.

Définition. — *Maladie contagieuse, engendrée par l'introduction dans l'organisme d'un poison spécifique provenant directement ou indirectement d'un cheval atteint de cette même affection; caractérisée par la formation de pustules, suivies d'ulcérations de la peau en différentes parties du corps (farcin) ulcérations qui se produisent aussi sur la muqueuse du nez et de la gorge d'où s'écoule en grande abondance une sécrétion visqueuse, muco-purulente ou sanieuse; accompagnée des symptômes constitutionnels ordinaires de l'empoisonnement du sang et se terminant généralement par la mort.*

Historique. — Le premier cas authentique de morve chez l'homme a été observé par Osiander[1], en 1783 et ce n'est qu'en 1812 que le farcin fut décrit par Lorin[2] comme pouvant affecter l'organisme

[1] *Ausfürliche abhandlung über die Kuhpocken*, 1801.
[2] *Journ. de méd. chir. et pharm. milit.* Février 1812.

humain. La première description détaillée de la maladie tout entière, fut publiée par Schilling[1] en 1821. Cinq ans plus tard, Travers [2] rapporta trois observations de cette affection, il ne paraît pas cependant avoir compris la nature véritable du phénomène qu'il avait observé. Un cas mortel de morve fut publié par Brown[3], en 1829. Dans les deux ou trois années qui suivirent Elliotson [4] fit des recherches sur cette affection et, dans une série de notes qui constituent une courte monographie de la question, décrivit plusieurs cas observés par lui, en même temps qu'il en publiait d'autres puisés à différentes sources. Peu de temps après, Graves [5] rapporta deux exemples de morve et de farcin chez l'homme, il affirma être le premier à avoir attiré l'attention sur la présence des boutons de farcin (Button-farcy) chez l'homme [6]. En 1837, parut le très remarquable rapport de Rayer[7], rapport fait avec beaucoup de soin et qui eut pour résultats d'amener l'établissement de règles sanitaires rigoureuses au sujet des chevaux infectés. En 1843, Tardieu [8] publia son essai bien connu sur la morve et le farcin. Plus récemment encore, le sujet a été l'objet d'une étude approfondie de la part de Virchow[9], et les frères Gamgee[10] publièrent en 1866 une excellente étude de cette affection; depuis lors, des articles fort complets sur la morve et le farcin ont été publiés par Bollinger [11] et Brouardel [12].

Récemment, l'anatomie pathologique de l'affection a été l'objet

[1] *Rust's Magazin f. d. gesammte Heilkunde.* Berlin, 1821, vol. XI, p. 480.

[2] *Inquiry concerning constitutional irritation.* London, 1826, p. 350, et suivantes.

[3] *London med. Gaz.*, 1829, vol. IV, p. 134.

[4] *Med. chir. Trans.* London 1880, vol. XVI, pt. I, p. 171. *Ibid.*, 1833, vol. XVIII, pt. I, p. 201. *Ibid.*, vol. XIX, p. 237.

[5] *London med. Gaz.* Vol. XIX, p. 939.

[6] *Clinical lectures.* Dublin, 1848, 2e édit., vol. II, p. 336.

[7] *Mém. de l'Académie de méd.* Paris, 1837, t. VI.

[8] De la morve et du farcin chronique chez l'homme et les solipèdes. (Th. Paris, n° 15, 1843.)

[9] *Die Krankhaften Geschwültste.* Berlin, 1864-65, vol. II, p. 543 et suivantes.

[10] *Reynold's system of medicine.* London, 1866, vol. II, p. 693 et suiv.

[11] *Ziemssen's Cyclopædia of medicine.* English transl. 1875, vol. III, p. 348 et suivantes.

[12] *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. *Morve.* Paris, 1876, 2e série, t. X, p. 166 et suivantes.

de soigneuses recherches de la part de Bendall[1] et Boyd[2]; et les bacilles de la maladie ont été presque simultanément découverts par plusieurs observateurs français et allemands. (Voy. *Anatomie pathologique.*)

Etiologie. — On est absolument d'accord sur les causes de cette maladie rare chez l'homme, bien que l'on ne s'entende pas au sujet des conditions nécessaires à sa production. Lorsqu'elle survient chez le cheval, elle affecte deux formes différentes, le farcin et la morve. La première est caractérisée par une inflammation qui suit le trajet des lymphatiques, amenant un gonflement douloureux des ganglions qui suppurent et s'ouvrent, produisant des ulcérations qui sécrètent un liquide virulent, La morve, d'autre part, se manifeste par la production, dans les fosses nasales de petites tumeurs nodulaires, accompagnées d'ulcération de la muqueuse et d'un écoulement qui se produit par une ou par les deux narines. Cet écoulement, clair au début, devient bien vite épais, visqueux, et de fort mauvaise odeur. Les deux affections, morve et farcin, peuvent affecter les deux types aigu ou chronique ; mais il est un fait remarquable, c'est que, tandis qu'un animal peut être pris soudain de l'une ou de l'autre affection dans sa forme aiguë, la forme chronique ne survient jamais à la suite de la première, mais au contraire la précède très souvent. Le farcin et la morve coexistent fréquemment, mais l'un peut survenir à la suite de l'autre. Le fait qu'un cheval atteint de la morve peut donner une attaque de farcin à un autre animal, et que, d'autre part, l'inoculation du bouton farcineux (farcy-buds) peut donner naissance à la morve est une preuve de l'identité de ces deux affections.

Les deux formes ont été constatées chez l'homme, mais c'est une affection si rare que peu de praticiens ont eu l'occasion de l'observer. Si l'on considère le nombre considérable d'individus qui, par nécessité ou par plaisir, sont en contact avec les chevaux, et la fréquence de la maladie chez cet animal

[1] *Trans. Path. Soc.* 1582, vol. XXXIII, p. 417 et suiv.

[2] *Ibid.*, p. 420 et suiv.

on doit admettre que cette affection, très rare chez l'homme, nécessite chez celui qui la contracte une prédisposition particulière à être influencé par le virus. Comme on doit s'y attendre, le plus grand nombre des individus àtteints de cette affection appartient à la classe des médecins vétérinaires, des palefreniers, des cochers et autres gens qui, par leur profession sont le plus souvent en contact avec les chevaux.

Il résulte d'un tableau publié par Bollinger[1] que sur **106** cas de morve, **41** se sont produits chez des palefreniers, **11** chez des cochers, **14** chez des propriétaires éleveurs de chevaux, **10** chez des vétérinaires, **12** chez des bouchers vendant de la viande de cheval (*horse-butcher*), 5 chez des soldats, 4 chez des médecins, 3 chez des jardiniers, 2 chez des maquignons. Les quatre autres étaient, un agent de police, un berger, un forgeron et un domestique employé dans une école de vétérinaire. Les hommes, étant plus exposés que les femmes, contractent la maladie plus souvent que ces dernières. Sur **120** cas, Bollinger [2] trouve seulement 6 femmes, et encore étaient-elles, pour la plupart, les femmes ou les domestiques d'individus qui, par leur profession vivaient constamment en contact avec les chevaux.

Le mode le plus fréquent de transmission de la maladie est l'inoculation, c'est-à-dire le contact de l'écoulement des narines d'un cheval morveux ou du pus d'un abcès farcineux avec une plaie ou une érosion de la peau ou d'une muqueuse. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'observer dans ma pratique un cas de morve suivi de mort, un cheval atteint de cette affection avait été la source de l'infection. Le malade, qui avait fait une petite course en voiture, me fit observer que l'animal avait éternué et qu'il avait reçu sur la figure une certaine quantité de la sécrétion. L'infection peut être produite par les torchons qui ont servi à nettoyer les fosses nasales de l'animal malade, ou par un objet quelconque

[1] *Ziemssen's Cyclopædia of medicine.* English transl., 1875, vol. III, p. 352.

[2] *Op. cit.*, p. 352.

souillé par l'écoulement. On a publié un cas [1] dans lequel le mal était survenu à la suite d'une morsure; la salive avait probablement servi de véhicule au virus. La maladie peut être transmise dans sa forme la plus grave de l'homme à l'homme. Il n'est pas démontré qu'elle puisse pénétrer dans l'organisme par l'estomac. Les expériences à la fois audacieuses et dégoûtantes de Decroix [2] n'ont donné que des résultats négatifs.

Symptômes. — Bien que la morve et le farcin ne soient, ainsi que nous l'avons fait observer déjà, que l'expression différente d'un même état morbide, il ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage de décrire en détail cette dernière maladie. Nous devons cependant constater que le système lymphatique se laisse moins facilement attaquer par le poison chez l'homme que chez le cheval.

La morve, nous l'avons déjà fait observer, peut affecter la forme chronique ou la forme aiguë, et il nous paraît utile d'étudier la première tout d'abord, parce que, dans le cours normal de l'affection, elle précède souvent la seconde. Il n'existe d'ordinaire qu'un gonflement et une rougeur légère des fosses nasales, souvent il n'y a pas d'écoulement, mais la muqueuse est recouverte de croûtes épaisses, elle est ulcérée par places. La bouche et la gorge sont aussi affectées, mais rarement à un très haut degré. L'ouverture des nodules peut cependant donner lieu à des ulcérations de la langue, de l'arrière-gorge et du larynx, il peut en résulter de l'aphonie, une toux légère et même quelques troubles respiratoires. Les crachats sont parfois striés de sang. La maladie suit une marche absolument chronique et dure d'ordinaire de 4 à 6 mois, parfois même plus longtemps, Bollinger [3] rapporte un cas dans lequel il existait des traces de quelques symptômes,

[1] Landouzy : *Gaz. méd.*, 1844, p. 460.

[2] *Bulletin de la Société cent. de méd. vét.*, 1870-71. Cet ardent investigateur mangea de la viande de chevaux malades sous différentes formes cuite ou crue sans qu'il paraisse en avoir éprouvé le moindre inconvénient.

[3] *Op. cit.*, p. 350.

toux, dyspnée, prostration considérable, après 11 ans de souffrances. D'après le même auteur, la proportion des guérisons serait de 50 p. 100, mais bon nombre de ceux qu'il dit avoir été guéris, ne revinrent jamais complètement à la santé. Dans les cas mortels, la terminaison fatale fut la conséquence pour quelques-uns de l'épuisement causé par une fièvre lente accompagnée de sueurs intenses de diarrhée et des effets septiques d'une suppuration prolongée; pour les autres, la maladie prit subitement le caractère aigu.

La forme aiguë de la morve est presque toujours mortelle qu'elle suive la forme chronique ou qu'elle survienne immédiatement après l'inoculation. Le début est marqué par un frisson, l'élévation subite de la température et les symptômes ordinaires d'une forte fièvre. Un rash érysipélateux apparaît à la face, il débute le plus souvent par le nez, mais s'étend bientôt sur le front et les joues. La surface enflammée de la peau se couvre de vésicules, qui se rompent bientôt et laissent écouler un liquide séreux, fluide. Parfois même quelques parties du tégument présentent les signes de gangrène imminente. Les pustules caractéristiques de la morve, mêlées de vésicules, apparaissent en groupe sur la face. Le liquide sécrété par les pustules se dessèche bientôt et forme une croûte, qui, une fois tombée, laisse à découvert la surface ulcérée, qui tend à gagner les parties voisines souvent avec une rapidité presque phagédénique. Le malade éprouve en même temps une sensation douloureuse d'obstruction à la gorge et dans les fosses nasales. Cela tient à ce que la muqueuse de ces parties est parsemée d'un grand nombre de pustules. Un liquide glaireux s'écoule constamment des fosses nasales, et le malade rend aussi des crachats de même nature; une sécrétion semblable s'écoule aussi fort souvent par les yeux. A mesure que la maladie fait des progrès, la sécrétion devient plus épaisse et plus visqueuse; elle est souvent striée de sang et très fétide. On ne doit pas oublier cependant que l'écoulement peut être très faible et faire même absolument défaut. Quand la maladie est bien établie, la voix devient rauque, et peut même disparaître complètement; le gonflement de l'épiglotte amène la gêne de

la déglutition. L'expectoration devient généralement plus abondante et les crachats contiennent du sang en plus grande quantité à mesure que la maladie suit son cours et se propage au larynx; les paroxysmes de dyspnée sont le résultat d'une obstruction partielle de la glotte. Le malade est saisi par le délire ou tombe dans cet état de prostration qui caractérise « l'état typhoïde », peu à peu surviennent le coma et la mort. La morve aiguë, quand elle succède à la forme chronique, est plus rapidement fatale que lorsqu'elle survient indépendamment de celle-ci; dans ce dernier cas, en effet, la maladie peut durer 20 jours et plus; dans le premier, au contraire, la mort vient, en moins d'une semaine, mettre un terme aux souffrances du malade.

Diagnostic. — Il est probable que cette affection n'est pas toujours reconnue par le praticien, car il est loin de songer à une maladie aussi rare que la morve lorsqu'il n'a pas en main les preuves bien nettes de l'inoculation. Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'il existe une obstruction et un écoulement des fosses nasales, surtout lorsqu'il est accompagné de troubles marqués de l'organisme, de douleurs dans les jambes, d'abcès en différentes parties du corps, on doit s'enquérir soigneusement des antécédents du malade, principalement en ce qui concerne ses habitudes ou ses occupations. C'est seulement en tenant compte de ces circonstances que l'on pourra, dans les cas douteux, arriver à un diagnostic précis.

Les pustules et les ulcérations n'ont absolument rien de caractérisque en elles-mêmes, et les symptômes généraux de la morve et du farcin ressemblent à s'y méprendre à ceux de beaucoup d'autres maladies qui sont bien plus communes. C'est ainsi que les douleurs articulaires que l'on observe dans le farcin peuvent faire songer au rhumatisme, seul un examen minutieux permet de constater que ce ne sont pas les articulations elles-mêmes qui sont douloureuses, mais les muscles et les tendons qui les entourent. Les frissons et les abcès peuvent amener le praticien à songer à la pyohémie, surtout si le malade présentait auparavant une plaie; on ne doit pas oublier cependant que

le frisson est un symptôme bien moins marqué dans le farcin que dans la pyohémie et qu'il peut même faire absolument défaut. Quand la maladie s'accompagne, ce qui n'est pas rare, de troubles gastro-intestinaux, elle peut simuler, à s'y méprendre, une fièvre typhoïde ; mais, l'absence de taches rosées et le cycle caractéristique de la fièvre permettront d'établir le diagnostic entre ces deux affections. C'est surtout avec la syphilis de la gorge et des fosses nasales qu'on peut confondre la morve, mais la gravité et le nombre des symptômes constitutionnels dans cette dernière affection, l'action favorable de l'iodure de potassium dans la syphilis, fournissent des éléments de diagnostic très suffisants. La gravité des symptômes constitutionnels qui accompagnent la morve permettront encore de la distinguer des éruptions et des ulcérations qui peuvent se produire à la face et dans le nez, du fait de la scrofule. Malgré toutes ces précautions, il n'est pas toujours possible d'arriver à un diagnostic précis. Virchow[1] a rapporté un remarquable exemple des difficultés que rencontre, dans certains cas, le praticien pour arriver à reconnaître cette obscure maladie. Il raconte l'histoire d'un malade, chez lequel la morve avait été méconnue pendant la vie ; seule l'autopsie permit de découvrir la cause d'une épizootie grave qui sévissait chez les chevaux dans cette contrée et qui avait été jusque-là méconnue.

Anatomie pathologique. — Cette affection au point de vue anatomo-pathologique appartient à la même classe que la syphilis et la tuberculose; elle a une étroite ressemblance avec la pyohémie. Le processus morbide présente la série ordinaire des phénomènes qui résultent de l'empoisonnement du sang à savoir : infection de l'organisme par la peau ou les muqueuses, inflammations des lymphatiques qui dépendent du point par lequel est entré le virus, gonflement et supuration des ganglions, propagation graduelle de la maladie à l'organisme tout entier. Le produit morbide spécifique, si on peut l'appeler

[1] *Die Krankkaften Geschwülste.* Berlin, 1864-1865, vol. II, p. 554.

ainsi, de la morve est un nodule ou un tubercule qui se dépose sur la peau ou les muqueuses de certaines parties du corps, en particulier sur la face, les cuisses et les parois des fosses nasales. Le volume de ces nodules ne dépassent pas d'ordinaire celui d'un grain de chènevis, ils peuvent être épars ça et là ou réunis ensemble formant des groupes. Ils sont au début à peu près incolores, mais ils augmentent rapidement en grandeur, deviennent rouge d'abord, puis acquièrent graduellement une coloration jaunâtre et prennent les caractères des pustules. Sur une coupe microscopique, ils apparaissent formés de cellules de pus et d'un nombre considérable de petits noyaux étroitement unis les uns aux autres; tout récemment, on a trouvé dans les pustules et les ulcérations des hommes et des animaux atteints de morve, des bacilles en forme de bâtonnets, ayant une grande ressemblance avec le bacille de la tuberculose. Cette découverte a été faite par Schütz et Löffler[1] en Allemagne et presque en même temps par Bouchard[2], Capitan[3] et Charous[4] en France. Les nodules ont une grande tendance à s'étendre et à se transformer en petits abcès. Dans bon nombre de cas, on les voit s'ouvrir, il en résulte une plaie de mauvaise nature, à bords irréguliers, qui présente peu ou pas de disposition à se cicatriser, et dans les formes aiguës de la maladie on la voit souvent envahir les parties de la peau voisine on s'étendre en profondeur à travers les tissus sous-jacents et attaquer le squelette.

Pronostic. — La morve aiguë est une affection presque constamment mortelle, on a cependant cité quelques cas de guérison[5]. Dans la forne chronique de l'affection, la perspective est moins sombre en ce qui concerne l'issu immédiate de la maladie, mais elle laisse des traces ineffaçables de son pas-

[1] *Deutsche med. Wochenschr.*, 1882, n° 52.

[2] *Revue méd. française.* 30 décembre 1882.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.*

[5] Brouardel : *Op. cit.*, p. 184; Harrison : *Lancet*, vol. II, 1872, p. 910; Haynes Walton. *Med. Times and Gaz.*, 1877, vol. II, p. 13.

sage et le complet retour à la santé ne se produit presque jamais. Pour ce qui est de la maladie en général, le médecin peut prendre pour guide dans le pronostic de chaque cas particulier, cette règle de Brouardel[1] : on peut conserver quelque espoir tant que le *nez* n'est pas encore atteint.

Traitement. — Quand le poison a pénétré dans l'organisme tout entier, le traitement de la morve, de l'avis de tous les auteurs, est absolument sans effets. Il est évident, toutefois, qu'on doit suivre certains principes généraux, combattre tous les symptômes à mesure qu'ils se produisent et veiller à l'état général du malade. Ainsi on donnera des stimulants quand les forces commencent à faiblir; des médicaments calmants ou sédatifs, s'il existe de la douleur, de l'excitation ou de l'insomnie. Les émétiques et les purgatifs ont été recommandés, on ne doit jamais administrer les premiers, les seconds ne doivent être prescrits que lorsqu'ils sont formellement indiqués.

A différentes époques, on a préconisé des préparations iodées ou sulfureuses, comme remède spécifique et des guérisons ont été attribuées à chacune de ces médications[2].

Certains remèdes locaux ne doivent pas être négligés, car alors même qu'ils sont impuissants à prolonger la vie du malade, ils peuvent calmer ses souffrances et ce qui a aussi son importance, diminuer les chances de voir la maladie se communiquer à ceux qui l'approchent. Elliotson[3] fait observer qu'il a réussi à arrêter l'écoulement des fosses nasales par des injections d'une solution de créosote, 10 centigrammes pour 500 grammes d'eau, répétées trois fois par jour. On doit laver fréquemment les surfaces ulcérées avec un linge trempé dans une solution d'acide phénique (1 pour 60 ou 80).

Il est inutile d'ajouter que les mesures prophylactiques les plus énergiques doivent être prises partout où la maladie

[1] *Op. cit.*, p. 191.
[2] Voyez Brouardel : *Op. cit.*, p. 202.
[3] *Loc. cit.*

existe. Lorsque les chevaux en sont atteints, ces mesures sont prescrites par la loi, et bien que la maladie se communique moins fréquemment de l'homme à l'homme, on doit veiller avec le plus grand soin à ce que tous les objets sur lesquels le virus peut avoir été porté, soient détruits ou désinfectés. D'après les expériences de Gerlach[1], l'acide phénique enlève au poison son activité et tout individu qui a eu à soigner un homme ou un animal atteint de la morve, ne doit pas négliger après chaque pansement, de laver ses mains et ses instruments dans une olution forte de cet agent antiseptique.

Meyrick[2] a récemment publié une observation qui tendrait à prouver ce fait (que l'on pouvait prévoir) que le virus est atténué par une longue exposition à l'air et que l'animal auquel on inocule ce poison, moins énergique, contracte une forme bénigne de la maladie. Un escadron de cavalerie était campé aux environs du Caire, dans une plaine sablonneuse, occupée quelques mois auparavant par un détachement de cavalerie indienne, sur les chevaux duquel la morve avait sévi avec une grande rigueur. Deux des chevaux contractèrent la morve, et plusieurs autres présentèrent un gonflement des glandes sous-maxillaires et des vésicules sur la membrane de Schneider ; ces vésicules crevèrent, mais guérirent rapidement sans ulcération. Il serait important de savoir si le virus atténué par une culture appropriée, pourrait une fois inoculé devenir un préservatif contre les formes les plus violentes de la maladie. Il n'existe que je sache rien de certain à ce sujet.

[1] Cité par Bollinger, *Op. cit.*, p. 370.

[2] *Veterinary journal.*, 1883, vol. XVII, p. 179.

MALADIES DU NEZ
DANS LES FIÈVRES ÉRUPTIVES
ET LES AUTRES MALADIES AIGUËS

ROUGEOLE. — Dans la rougeole l'écoulement séreux des fosses nasales et la congestion de la conjonctive constituent un des premiers symptômes. Parfois l'on voit se produire à sa suite une rhinite très intense et les épistaxis sont alors très fréquentes. Si les symptômes aigus disparaissent et si le malade guérit, l'on voit parfois subsister le coryza sec et l'ozène. On a aussi observé des perforations de la cloison [1].

SCARLATINE. — Dans l'*angine scarlatineuse* la muqueuse des fosses nasales est souvent atteinte. La maladie peut consister en un catarrhe simple, mais parfois l'inflammation très violente s'accompagne d'un gonflement considérable, et une sécrétion irritante s'écoule des fosses nasales en abondance. On peut voir alors se produire des ulcérations parfois suivies d'épistaxis.

VARIOLE. — Dans cette maladie, surtout dans la forme confluente, il survient dans quelques cas, dans l'intérieur du nez, des pustules qui amènent l'obstruction des fosses nasales et produisent des épistaxis. Une oblitération complète d'une ou des deux narines a été plus d'une fois le résultat de l'union des parois externes et internes des fosses nasales, mises à nu après la chute des croûtes. Luc [2] a rapporté un exemple de ce genre ; il réussit à remédier à cet état en incisant la narine et en maintenant par la dilatation le passage ouvert.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Chacun sait que dans toutes les fièvres adynamiques il existe une tendance aux inflammations

[1] Joffroy : *Bull. de la Soc. anatom.*, 1870, p. 164. Et aussi Dechant : De la Rougeole. *Thèse de Paris*, 1842, p. 24.

[2] Cité par Casabianca : *Des affections de la cloison des fosses nasales*. Paris, 1876, p. 17.

aiguës; la position du malade, si importante dans la production des affections de la gorge, consécutives à la fièvre typhoïde, n'a aucune influence dans les maladies du nez, mais il peut se produire des lésions de la muqueuse par suite du dessèchement d'une grande quantité de mucus dans l'intérieur des fosses nasales. Les ulcérations ainsi formées s'étendent souvent et l'on peut voir se produire la nécrose de la cloison et la perforation qui en est en dernier lieu la conséquence. Des cas de ce genre dus à une fièvre longue et débilitante ont été rapportés par Roger[1], Lecœur[2], Gielt[3], Lagneau[4] et Charcot[5].

Rhumatisme. — Dans le rhumatisme on voit parfois survenir une vive inflammation et des ulcérations de la muqueuse pituitaire ; on a même observé la nécrose de la portion cartilagineuse de la cloison. Roger a rapporté un cas[6] de ce genre survenu chez un jeune homme atteint de rhumatisme avec complications cardiaques très marquées; il perdit, deux mois avant sa mort, une partie du cartilage de la cloison du volume d'un grain de riz. Corbel[7] a rapporté lui aussi un cas à peu près analogue.

Grippe. — Il ne me paraît pas utile de traiter des complications nasales de la grippe dans un article spécial. Les symptômes qui affectent les poumons et les bronches sont bien plus importants que ceux qui se manifestent dans le nez. On ne doit pas oublier cependant que ces derniers sont ceux qui tout d'abord attirent l'attention.

Diphtérie nasale. — Cette affection a été déjà étudiée avec tout le soin qu'elle comporte. (Voy. vol. I, p. 262, Trad. Moure et Bertier.)

[1] *Gaz. des hôp.* 1860, p. 153.
[2] *Ibid.*, p. 214.
[3] *Union médicale.* 1862, t. XVI, p. 523.
[4] *Gaz. hebdom.*, 1863, p. 440.
[5] Cité par Casabianca : *Op. cit.*, p. 33.
[6] *Union médicale*, 1860, nouvelle série, t. V, p. 468.
[7] *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 178.

FRACTURES DES OS DU NEZ

Latin Eq. — Fractura ossium nasi.
Anglais Eq. — Fractures of the nose.
Allemand Eq. — Fractur der nasenknochen.
Italien Eq. — Frattura delle ossa del naso.

Définition. — *Fractures des os ou des cartilages du nez, souvent compliquées d'une plaie à la peau, ou d'une déchirure de la muqueuse, et généralement accompagnées d'une contusion considérable et de quelque déplacement des fragments.*

Historique. — Les fractures des os du nez étaient familières aux praticiens dès les premiers temps de la chirurgie. Hippocrate[1] consacre à leur étude d'assez longues pages et les conseils qu'il donne pour le traitement montrent qu'il avait une grande expérience de ce genre de lésions. Ce fait n'étonnera personne si l'on se souvient qu'il pratiquait la médecine chez un peuple qui tenait en haute estime l'exercice de la boxe. Hippocrate raconte qu'on obtenait de tels succès dans le traitement des fractures du nez que tout jeune chirurgien désirait avoir à traiter un cas de ce genre afin de montrer son adresse à confectionner un bandage. On peut faire observer à ce propos qu'Hippocrates recommande l'application de morceaux de toile trempés dans du blanc d'œuf comme étant le meilleur moyen de les tenir en place — anticipation remarquable sur le bandage amidonné employé de nos jours. Au seizième siècle, Ambroise Paré[2] suivit strictement Hippocrate dans son mode de traitement. De nos jours, Jarjavay[3] a publié un travail assez long sur certaines conséquences des fractures du nez et Williams Adam[4] a indiqué quelques modifications importantes à apporter dans leur traitement dans le but d'éviter surtout la difformité qui en est souvent la conséquence.

[1] *De Artubus.* Paris, 1884. Edition de Littré, vol. IV, p. 159.
[2] *Œuvres*, liv. VIII, chap. xxvi. Paris 1840, édition de Malgaigne, vol. II, p. 86.
[3] *Bulletin général de Thér.* 1867, t. LXII, p. 539 et suivantes.
[4] *Brit. med. journ.* 1875, vol. II, pp. 421, 422.

Etiologie. — En raison de leur forme arquée, de leur situation, protégés qu'ils sont d'un côté par le frontal, de l'autre par le cartilage du bout du nez, les os du nez sont rarement fracturés. Le fait peut cependant se produire lors d'une chute sur un bord tranchant, marche d'escalier ou rebord d'une table, ou sur l'angle d'un mur, ou à la suite d'un coup porté sur le nez par un corps angulaire quelconque, coup de poing ou coup de pied de cheval. La fracture des os du nez peut aussi se produire à la suite d'un coup porté sur les parties latérales du nez. Dans les cas de ce genre, la fracture est ordinairement transversale, le fragment inférieur est repoussé sur le côté opposé à celui sur lequel le coup a été porté. Les chutes sur la tête peuvent produire parfois une fracture de la voûte du nez, c'est-à-dire de l'ethmoïde; mais, dans les cas de ce genre la lésion de la base du crâne est ordinairement beaucoup plus importante que celle du nez. Hamilton [1], d'autre part, a démontré expérimentalement que les traumatismes portés directement sur la cloison cartilagineuse ne peuvent amener de fracture de la lame criblée de l'ethmoïde. Au reste, les fractures du nez seraient beaucoup plus fréquentes si cet organe n'était protégé par le cartilage flexible qui est, le plus souvent, frappé et, dans une large mesure, contribue à amortir le choc. Sur 225 fractures des os du crâne, Gurlt [2] en a trouvé 22 des os du nez, 17 du maxillaire supérieur et de l'apophyse zygomatique, 56 du maxillaire inférieur, tandis qu'Otto Weber [3], sur 56 fractures des os du crâne, en a trouvé 10 du nez, 4 du maxillaire supérieur et de l'apophyse zygomatique et 9 du maxillaire inférieur.

Il est possible que chez les enfants le squelette en raison de sa structure délicate, puisse être lésé d'une façon irrémédiable par les branches du forceps, lors de la naissance, mais je n'ai pas connaissance qu'un semblable accident ait jamais été rapporté

[1] *Practical Treatise on fractures and dislocations.* Philadelphia, 1866, 3e édit., p. 93.

[2] *Handbuch den Lehre von den Knochenbrüchen.* Hanover, 1864, vol. II, p. 499.

[3] *Op. cit.*, p. 179.

en dehors d'un cas assez discutable de Tristram Shandy. Les tumeurs fibreuses et les tumeurs malignes du nez ou des parties voisines produisent parfois la fracture de la voûte ou des parois des fosses nasales; mais, le plus souvent, la pression de ces tumeurs amène une résorption de la substance osseuse.

Symptômes. — Les désordres varient depuis la simple fracture sans déplacement des fragments jusqu'à l'écrasement complet de la proéminence nasale. J'ai eu l'occasion d'observer un cas dans lequel la roue d'une voiture avait passé sur la face du malade et complètement écrasé le nez, sans déterminer aucune autre lésion. Il fut cependant défiguré au point qu'il dut abandonner l'exercice de sa profession. Je me souviens avoir vu un autre cas dans lequel la charpente osseuse avait été complètement aplatie dans une chute, il ne restait qu'une saillie difforme correspondant au bout du nez, ce qui donnait à la face l'aspect de celle d'un singe. Le patient, un abbé, jouissant d'un grand renom, dut cacher sa difformité au fond d'un monastère. Même dans les formes légères, il existe, d'ordinaire, un gonflement considérable des parties molles accompagnées d'une ecchymose qui s'étend beaucoup et de l'œdème des paupières et des joues. Il se produit toujours de l'épistaxis[1] et parfois de l'emphysème consécutif à la déchirure de la muqueuse. Ce dernier accident se produit d'ordinaire, si le malade se mouche ou éternue avec force; il effraie beaucoup le patient, mais n'a aucune importance. En introduisant d'une main une petite sonde dans le nez, tandis que de l'autre on presse doucement sur l'extérieur, on arrive ordinairement à découvrir les moindres déplacements. Hamilton[2] fait judicieusement observer qu'il est préférable d'introduire une *petite*

[1] Rossi a rapporté un cas d'hémorrhagie mortelle. Cité par O. Weber in v. Pitha und Billroth's « Handbuch der Chirurgie » Bd. III, 1 *Abtheil.* 2 *Heft.* Erlangen, 1866, p. 181. West en a publié un second (*Lancet*, 1862, vol. I, p. 660). L'hémorrhagie se reproduisit à diverses reprises, et le malade, un homme de soixante ans, mourut de consomption vingt-trois jours après l'accident.

[2] *Op. cit.*

sonde, au lieu du cathéter ordinairement recommandé et qui, en raison de son volume, pénètre souvent difficilement, alors même qu'on le pousse de force. Le sens de l'odorat est fréquemment diminué, parfois même détruit, à cause des lésions des extrémités terminales des nerfs olfactifs.

Diagnostic. — Si l'on suit les indications que nous avons déjà données (voy. *Symptômes*), il sera possible dans la plupart des cas, de reconnaître sans peine la nature de la lésion.

Anatomie pathologique. — La seule remarque importante que nous ayons à faire à ce sujet est la tendance remarquable que présentent les fractures des os du nez à se consolider rapidement. Ce fait avait déjà frappé Hippocrate [1]. On s'accorde actuellement à reconnaître qu'il est dû à la puissance plastique extraordinaire des os de la partie supérieure de la face, et cette propriété a été utilisée avec avantage dans les opérations ostéoplastiques par Langenbeck, Ollier et d'autres auteurs déjà cités.

Pronostic. — Si la lésion n'est pas traitée d'une façon convenable, le malade est susceptible de rester absolument défiguré, ce qui peut avoir de très fâcheux résultats pour sa carrière future. On ne doit pas oublier qu'elle constitue aussi un danger pour la vie. Gurlt [2] a démontré que, dans certains cas, alors même qu'il n'existe, au moment de l'accident, aucun signe de lésion du cerveau, les symptômes cérébraux peuvent survenir plus tard. Sur 14 exemples recueillis par Weber [3] à la clinique de Bonn, 4 fois on constata des symptômes de commotion cérébrales qui dans l'un d'eux amenèrent la mort.

Traitement. — En raison de la facilité avec laquelle s'effectue la consolidation des fractures du nez, condition très avan-

[1] *Op. cit.*, p. 167.

[2] *Op. cit.*, p. 240.

[3] V. Pitha und Billroth's « Handbuch der Chirurgie ». Bd. III, 1 Abtheil, 2 Heft. Erlangen, 1866, p. 181.

tageuse au point de vue de la conservation de l'organe, il est de la plus haute importance de reconnaître la lésion assez tôt pour éviter la difformité qui peut résulter d'une consolidation vicieuse. Les tissus qui recouvrent les os fracturés ont ordinairement subi une contusion considérable ; on doit donc tout d'abord chercher à faire disparaître le gonflement à l'aide de lotions faites avec des substances très volatiles ou des applications froides. Les fragments sont ensuite remis en place aussi bien que possible. On y arrive d'ordinaire à l'aide d'une paire de pinces à pansement fines, ou d'une sonde de femme que l'on introduit d'une main dans l'intérieur des fosses nasales, tandis que de la main gauche on cherche à rétablir les choses en place en exerçant une légère pression. Les fragments, une fois en place n'ont aucune tendance à se déplacer de nouveau : car, ainsi que le fait observer Holmes Coote[1], aucune puissance musculaire n'agit sur eux. Il est rare, par conséquent, qu'on soit obligé de se servir d'attelles ou de tout autre appareil de soutien qu'il est, au reste, très difficile de faire supporter au malade. Cependant lorsqu'il existe une fracture avec déplacement de la *cloison*, Adams[2] fait observer que les fragments doivent être remis de force à leur position normale avec des pinces, et, maintenus *in situ* à l'aide d'attelles et d'un bandage spécial (p. 168). L'ingénieuse modification apportée par Jurasz à l'instrument d'Adams, modification qui consiste à combiner les pinces et les attelles, peut aussi être employé à cet usage. Mason[3] a récemment décrit une nouvelle méthode de traitement des fractures du nez lorsque l'apophyse montante du maxillaire supérieur a été atteinte et qu'il existe par conséquent un enfoncement considérable des fragments. Après la réduction, on introduit à travers la peau, et *au-dessous* des fragments, une aiguille que l'on fait ressortir de l'autre côté du nez. Une mince bande en caoutchouc est ensuite fixée aux

[1] *Holmes's System of Surgery*, 2e édit. 1870, vol. II, p. 427.

[2] *Loc. cit.*

[3] *Annals anat. and surg. Soc. Brooklyn.* New-York, 1880, vol. II, p. 107 et suivantes et pp. 197-199.

deux bouts de l'aiguille, de manière à exercer une légère pression sur les deux côtés du nez. Le tout forme, pour l'os fracturé, un support qui l'empêche de s'affaisser. On peut sans déranger cet appareil, appliquer des lotions volatiles ou tout autre pansement. On enlève les aiguilles du sixième au onzième jour. D'après Mason, la plaie que produit l'aiguille est tout à fait insignifiante. Cette méthode n'a été employée qu'une fois, mais les résultats paraissent avoir été tout à fait encourageants.

LUXATION DES OS DU NEZ

La séparation des os propres du nez du frontal ou de l'apophyse montante du maxillaire supérieur est si rare que son existence a été niée. Benjamin Bell[1] affirme, sans plus de détails, « qu'on la rencontre quelquefois ». Malgaigne[2] cependant a donné en détail une observation dans laquelle la luxation des os du nez est établie avec toute la certitude que peut procurer le toucher, en dehors de toute dissection. Un homme dans une chute alla frapper violemment le côté gauche du nez sur le bord d'un pavé. A l'examen, pratiqué peu après l'accident, on constata que le tiers supérieur du nez était déjeté à droite, la partie inférieure avait conservé sa direction normale. Le bord inférieur de l'os propre du nez du côté droit était projeté sur le cartilage correspondant, tandis que du côté gauche le bord interne de l'apophyse montante du maxillaire supérieur formait une saillie résultant de la dépression de l'os propre correspondant ; il existait un sillon évident entre ce dernier et le frontal. Il n'y avait pas de fracture. Il résulte évidemment de cette description que, tandis que l'os propre du côté droit était simplement disjoint le long de son bord inférieur, l'os propre du côté gauche sur lequel le coup avait porté

[1] *System of Surgery*. Edimbourg, 1788, vol. VI, p. 184.

[2] *Revue méd. chir. de Paris*, 1851, t. X, p. 82.

était complètement luxé. Longuet[1] raconte qu'un soldat ayant reçu un coup très violent, près de l'angle interne de l'œil droit, la partie supérieure des os du nez paraissait avoir été repoussée à gauche ; le cartilage de la cloison occupait cependant sa position normale. On sentait parfaitement le bord de l'os propre, chevauchant sur l'apophyse montante du maxillaire d'un côté, tandis que de l'autre, les bords correspondants étaient séparés par un sillon assez grand pour laisser pénétrer l'ongle du pouce.

On doit remarquer que le mode de production de la lésion est identique dans ces deux cas ; elle fut produite par un coup violent porté sur les côtés du nez. C'est aussi de cette même façon que Longuet put, à diverses reprises, produire expérimentalement la luxation des os du nez sur le cadavre. Ces os peuvent aussi être séparés par le développement de masses fibreuses ou sarcomateuses, donnant ainsi lieu à cette forme désagréable de la figure, que nous décrirons plus loin sous le nom de face de grenouille (*frog-face*). (Voy. *Polypes fibreux de la cavité naso-pharyngienne.*)

Les *symptômes* furent identiques dans les deux observations que nous venons de rapporter ; ils consistèrent en épistaxis, gonflement, douleur et déformation caractéristique.

La *réduction* dans le cas de Longuet fut très difficile et ne put être effectuée qu'en partie. Le meilleur moyen de l'accomplir consiste à combiner les manœuvres pratiqués dans l'intérieur du nez avec les manœuvres extérieures. La douleur que détermine cette opération est très grande ; aussi est-il utile d'anesthésier le malade avant de la pratiquer.

DÉVIATION DE LA CLOISON DU NEZ

Latin Eq. — Incurvatio septi narium.
Anglais Eq. — Deviation of the nasal septum.

[1] *Recueil de mémoires de méd., de chir. et de pharm.* Milit, t. XXXVII, 3e fasc., mai et juin 1881, n° 202, p. 284.

Allemand Eq. — Verbiegung der Nasenscheidewand.
Italien Eq. — Deviazione del setto nasale.

Historique. — Il y a de cela plus d'un siècle parut une courte monographie de Quelmalz[1] sur la déviation de la cloison, qu'il semble avoir considéré comme étant dans presque tous les cas le résultat d'un traumatisme ou d'une maladie. Plus tard, Morgagni[2], qui prétend avoir étudié la question d'une façon spéciale, attribue les déviations au développement trop rapide de la cloison par rapport à celui du maxillaire supérieur. Bientôt après, Haller[3], fait observer la fréquence de cette difformité et constate que ceux qui en sont atteints sont plus sujets que les autres aux catarrhes. Le sujet fut traité brièvement par Hildebrand[4], et plus tard par Velpeau[5]. En 1851, Chassaignac[6] s'occupe des déviations de la portion cartilagineuse de la cloison et décrit une méthode par laquelle il a réussi à corriger cette difformité. Blandin[7] essaya d'une autre méthode de traitement et Adams[8] imagina une opération qui, modifiée par Jurasz[9] donne de très bons résultats. Theile[10] paraît être le premier qui ait essayé de déterminer approximativement la fréquence de la symétrie de la cloison sur des crânes secs et ce sujet a été récemment l'objet des recherches nouvelles de la part de Semeleder[11], Sappey[12], Harrison Allen[13] et Zuckerkandl[14]. Un ouvrage d'une très grande valeur anatomique a été récemment publié sur ce sujet par Welcker[15].

[1] *De narium, earumque septi, incurvatione.* Lipsiæ, 1750.

[2] *De sed. et causis morb.* Lugd. Batav., 1767, épist. XIV, art. 16; vol. I, p. 207.

[3] *Elem. physiol. corp. human.* Lausannæ, 1769, t. V, p. 138.

[4] *Lehrb. d. Anat.* Wien, 1802, Bd. III.

[5] *Traité complet d'Anat. chir.* Paris, 1837, 3e édit., t. I, p. 252.

[6] *Bull. de la Soc. de chir.* 1851-52, t. II, p. 253.

[7] *Compendiun de chir. pratique*, t. III, p. 33.

[8] *Brit. Med. Journ.* 2 octobre 1875.

[9] *Berlin Klin. Wochens.*, 1882, no 4.

[10] *Zeitschr. f. rationnelle Medicin.* Neue Folge, 1855, Bd. VI, p. 242 et suivantes.

[11] *Die rhinoskopie.* Leipzig, 1862, p. 64.

[12] *Anatomie descriptive*, t. III, 3e édit. Paris, 1877, p. 674.

[13] *Amer. Journ. Med. sc.* Janvier 1880, p. 70.

[14] *Anatomie der Nasenhöhle.* Wien, 1882, p. 44 et suivantes.

[15] *Asymmetrien der Nase.* Stuttgard, 1882.

Dans ces derniers temps Lowemberg[1] a fait paraître un travail sur ce sujet, et Walsham [2] a étudié l'influence des déviations de la cloison sur la voix des chanteurs.

Etiologie. — L'asymétrie de la cloison est fort commune. Les observations destinées à déterminer leur fréquence n'ont été faites jusqu'à présent que sur des crânes, sur lesquels les cartilages sont rarement conservés. Sur 117 crânes, Theile a trouvé la cloison déviée 73,5 fois p. 100. Sur 49 crânes, Semeleder l'a rencontré dans 79,5 p. 100 des cas; la déviation était à gauche dans 20 cas, et dans 15 à droite. Dans quatre cas la déviation avait la forme d'une S faisant ainsi saillie en plusieurs points dans les deux fosses nasales. Allen, sur 58 cas, a trouvé la cloison défléchie 68,9 fois p. 100, au point d'arriver au contact du cornet moyen correspondant, tandis que Zuckerkandl sur 370 crânes n'a constaté l'asymétrie que sur 140, c'est-à-dire dans 37, 8 p. 100. Dans 57 cas, elle était défléchie à droite, dans 51 à gauche, dans 22, elle avait la forme d'une S. Dans le but d'étendre mes recherches à ce sujet sur une grande échelle, avec l'aide du Dr Taylor, j'ai récemment examiné avec soin la collection de crânes conservés au Muséum du Collège Royal des chirurgiens. Le nombre des crânes examinés a été de 3,102, sur ce nombre, seulement 2,152 avaient la cloison osseuse suffisamment conservée. Dans chaque cas d'asymétrie de la cloison, le degré de déviation de la ligne médiane a été soigneusement mesuré à l'aide d'un instrument [3] imaginé pour cet usage. Nous avons trouvé que la moyenne de la déviation de la cloison sur les 2,152 crânes

[1] *Arch. of Otology*, vol. XII, n° 1, mars 1883.

[2] *Saint Bartholomew's Hosp. Rep.*, vol. XVIII, p. 11 et suivantes. Voyez aussi : *Lancet*, 12 avril 1883, p. 705.

[3] Cet appareil consistait en deux courtes tiges métalliques, supportées par une pièce transversale placée à angle droit par rapport à l'une des deux tiges, l'autre était située au milieu, c'est-à-dire sous une inclinaison de 45°. Une pièce métallique courbe réunissait entre elles les deux tiges métalliques, et formait un arc gradué en millimètres, de telle sorte qu'en plaçant la tige droite sur la ligne médiane du nez il était facile de déterminer le degré d'obliquité de toutes les parties contenues dans l'intérieur des fosses nasales.

était d'environ 4 millimètres; le degré le plus élevé était 9 millimètres, le moindre d'environ un demi-millimètre [1]. Sur ce nombre, il n'y en avait pas moins de 1,657 ou 79,9 p. 100, dans lesquels la cloison était plus ou moins déviée. Sur 838, ou 38,9 p. 100, la déviation avait lieu du côté gauche; sur 609 ou 28,2 p. 100, elle avait lieu à droite; sur 205 ou 9,5 p. 100 elle affectait la forme d'un S et faisait saillie dans les fosses nasales, en des points différents, tandis que 5 fois, soit 0,25 p. 100, la cloison très irrégulière constituait ce qu'on pourrait appeler le type en zigzag, c'est-à-dire que la lame perpendiculaire de l'éthmoïde et le vomer au lieu de s'unir exactement de manière à former un lame osseuse lisse, présentent différentes surfaces et leurs bords en s'emboîtant chevauchent l'un sur l'autre. On doit se souvenir qu'il ne s'agit ici que de la cloison osseuse et qu'il existait probablement dans la plupart de ces cas où l'os était dévié, des déviations de la portion cartilagineuse. On doit en conclure que pendant la vie les déviations sont plus fréquentes que ne paraissent l'indiquer les statistiques précédentes. Les races supérieures, d'après Zuckerkandl, seraient particulièrement prédisposées à cette difformité; il a examiné 103 crânes d'individus n'appartenant pas à la race européenne et n'a trouvé que 23,3 p. 100 de déviations. Mes recherches m'ont amené à un résultat semblable sur 428 exemples de cloison symétrique, 22,6 p. 100 appartenaient à des Européens [2], les autres étaient des crânes d'Africains, d'aborigènes de l'Amérique, d'indigènes des îles de la Polynésie et quelques-uns des îles d'Andaman, des Nouvelles-Hébrides, de la Nouvelle-Guinée, des îles Salomon et de l'île de Ténériffe.

Les causes des déviations de la cloison sont des plus obscures. Cloquet [3], avec le ton d'un oracle, cache son ignorance sous cette phrase sonore : « La déviation de la cloison, dit-il, dépend

[1] Lorsque la déviation ne dépassait par 1/2 millimètre, la cloison était considérée comme normale.

[2] Il est à remarquer que près de la moitié d'entre eux étaient des Italiens. De sorte que cette race considérée à part présente de remarquables prédispositions à la symétrie.

[3] *Osphrésiologie*. Paris, 1821, 2e édit., p. 165

d'une loi primordiale de l'organisation. » On a cru pendant un certain temps que cet état était souvent congénital. Mais il résulte des recherches de Zuckerkandl que la cloison est toujours droite jusqu'à l'âge de sept ans. [1] Il est possible que les déviations soient la conséquence de ce fait qu'il existe pour la cloison deux points d'ossification distincts situés sur deux os différents, et que par conséquent le dépôt de substance osseuse peut ne pas toujours se faire suivant un même plan. Quant aux déviations de la portion cartilagineuse, on peut leur assigner plusieurs causes différentes, l'habitude de se moucher toujours avec la même main, ou de dormir la face toujours tournée sur le même côté, mais il est évident que ces différentes raisons sont au moins insuffisantes à expliquer tous les cas. Chassaignac émet cette hypothèse que la cloison peut avoir une tendance à se développer dans le sens vertical, et que, génée par la charpente osseuse, la substance élastique doit nécessairement se déjeter dans l'une ou l'autre des deux fosses nasales.

Symptômes. — Quand il existe une déviation considérable le nez tout entier est déjeté d'un côté, et l'observateur le plus distrait s'aperçoit de la difformité de cet organe ; mais quand elle est peu accentuée elle n'amène qu'une légère déviation du bout du nez et peut même n'être révélée par aucun signe extérieur. Dans tous les cas la rhinoscopie antérieure rend la lésion évidente, et bien que cette difformité n'affecte presque jamais (jamais d'après mes observations) la partie postérieure de la cloison, le miroir rhinoscopique réfléchira souvent les déviations des parties centrale et antérieure de cet organe [2].

La saillie obstrue fréquemment la fosse nasale correspondante et dans quelques cas la ferme complètement. Dans les cas de ce genre la déviation de la cloison en dehors de la difformité qu'elle produit donne à lieu des symptômes fonctionnels qui, dans certains cas, peuvent avoir de sérieux incon-

[1] Cette règle n'est pas absolue et j'ai observé plusieurs cas de déviation de la cloison chez des enfants au-dessous de cet âge. (Dr J. Charazac.)

[2] *Bull. de la Soc. de chir.* 1851-52, t. II, p. 253.

vènients. La respiration nasale est génée, la voix altérée devient nasillarde, l'écoulement des sécrétions de la muqueuse pituitaire ne peut plus se faire et l'on voit survenir le catarrhe rétro-nasal avec tous les symptômes qui en sont la conséquence habituelle. Il n'est pas rare de voir la compression déterminer l'atrophie des cornets et le catarrhe sec peut en être la conséquence. J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas dans lequel le symptôme le plus grave était une épistaxis, déterminée par l'érosion de la paroi externe des fosses nasales.

Diagnostic. — Une erreur du diagnostic au sujet de cette affection est difficile à comprendre, à moins toutefois que l'examen rhinoscopique n'ait pas été fait, ou l'ait été par un praticien ignorant absolument les maladies du nez. On a cependant confondu assez souvent cette difformité avec l'hypertrophie des cornets ou un polype [1].

Il suffit pour éviter l'erreur de comparer soigneusement les deux points correspondants de la cloison dans chaque fosse nasale; Seiler [2] a imaginé un ingénieux « septomètre » qui permet de distinguer l'hypertrophie de la déviation quand ces deux affections coexistent. La mollesse, l'élasticité, la mobilité, la coloration pâle des polypes ne permettront pas l'erreur [3].

Anatomie pathologique. — La déviation est limitée d'ordinaire aux trois quarts antérieurs de la cloison.

Les bords osseux que nous avons déjà signalés comme étant communs sur la moitié inférieure de la cloison coïncident fréquemment avec la déviation. C'est ainsi que sur 673 spécimens du « Hunterian Museum » sur lesquels existent ces saillies osseuses, on trouve 588 cas de déviation.

[1] Chassaignac. *Loc. cit.*, p. 256. J'ai vu moi-même commettre plusieurs fois des erreurs de ce genre.

[2] *Diseases of the Throat*, etc. 1883, 2e édit., p. 83.

[3] Dans les cas difficiles, au premier aspect, on se rappellera qu'en dehors de la sensation donnée par le stylet, la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/15 ou 1/10 rétracte la muqueuse nasale hypertrophiée tandis qu'elle est sans effet sur les tumeurs osseuses ou les déviations du septum. (Note des traducteurs.)

Dans 414 cas la saillie se trouve sur le côté vers lequel la cloison est déviée, et dans 107 sur le côté opposé; 45 crânes

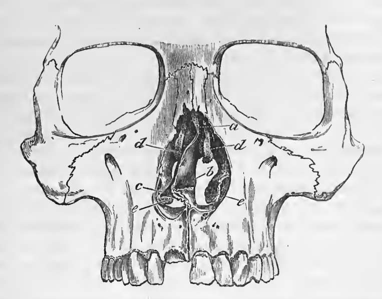


FIG. 75. — Fosses nasales antérieures et partie du crâne montrant une déviation en S de la cloison.

a, Partie supérieure de la cloison inclinée à gauche; *b*, concavité à gauche correspondant à une saillie de la cloison dans la fosse nasale droite; *c*, crête ou bord osseux déjeté dans la fosse nasale gauche; *dd*, cornet moyen, et *ee*, cornet inférieur.
(On peut voir ce type de déviation de la cloison sur plusieurs spécimens du Muséum du Collège Royal des chirurgiens; on trouve aussi les bords osseux sur plusieurs d'entre eux. La planche ci-dessus est composée de difformations prises sur différents crânes.)

présentent ces saillies, sans aucune déviation de la cloison. La difficulté de déterminer le sexe avec le crâne seul ne me permet pas de donner des renseignements exacts à ce sujet; cependant je suis porté à admettre que ces bords osseux sont relativement moins fréquents chez la femme que chez l'homme, et que lorsqu'ils existent chez elles, ils sont (ainsi qu'on doit s'y attendre) moins épais et moins saillants. La planche qui précède (fig. 75) peut donner une idée fort nette de ces bords et des déviations de la cloison en général.

Traitement. — Quand il existe une déviation notable de la cloison, on pourra peut-être remédier à cet état, en fracturant

la portion déviée à l'aide des pinces d'Adams (voy. fig. 59, p. 68) et en fixant ensuite les fragments dans une position régulière à l'aide d'attelles introduites dans chaque narine. Je ne sache pas qu'on ait employé cette méthode pour la rectification des déviations naturelles de la cloison, mais elle a donné à Adam de si bon résultats [1] pour le traitement des fractures du septum qu'il semble naturel de l'employer dans le cas de déviations non traumatiques. Toutefois cette mesure radicale n'est justifiée que dans les cas de déviation considérable.

Nous avons déjà indiqué la conduite à tenir dans les cas d'exostoses coïncidant avec la déviation de la cloison.

Dans les cas de déviation de la portion cartilagineuse, le meilleur mode de traitement est celui de Michel[2] qui conseille au malade d'exercer avec le doigt une légère pression sur le côté opposé. Il est évident que cette manœuvre doit être répétée plusieurs fois par jour, et qu'elle n'est applicable que chez les individus jeunes, chez lesquels la déviation est relativement peu prononcée. Si le chirurgien se propose de faire disparaître une cause de maladie bien plus que de corriger une infirmité, il aura tout avantage à établir une communic tion entre la fosse nasale libre et sa congénère. Cette méthode fut proposée et mise en pratique pour la première fois par Blandin [3], qui enleva à l'emporte-pièce une portion de cartilage. Chassaignac [4] obtint une amélioration marquée, dans un cas de déviation très prononcée de la cloison, en disséquant la muqueuse et en enlevant par tranches le cartilage; il réussit ainsi à diminuer le volume de la saillie et à délivrer les fosses nasales de la plus grande partie de la masse qui l'obstruait. Walsham [5] réussit à redresser la cloison chez un malade à qui cette difformité avait fait perdre la voix, en pra-

[1] *Brit. med. journ.*, 2 octobre 1875.

[2] *Krankheiten der Nasenhohle.* Berlin, 1876, p. 29.

[3] *Compendium de chirurgie pratique*, t. III, p. 33.

[4] *Loc. cit.*, p. 256.

[5] *Loc. cit.*

tiquant sur le cartilage une incision afin de l'empêcher de reprendre sa position première. Le malade recouvra complètement la voix.

HÉMATOMES DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES

Historique. — Les hématomes et les abcès de la cloison ont été pour la première fois clairement reconnus par Cloquet en 1830 [1], et trois ans plus tard Fleming [2] les décrivit d'après ses propres observations; Bérard [3], Maisonneuve [4], Velpeau [5] et d'autres en ont depuis publié des exemples; Beaussenat [6] en 1864 en fit le sujet de sa thèse inaugurale. Dans un travail publié en 1876, Casabianca [7] les décrivit sommairement. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer seulement un cas de tumeur sanguine et un cas d'abcès de cette région.

Un traumatisme violent qui détermine une fracture de la portion osseuse ou cartilagineuse de la cloison, peut faire naître dans certains cas une tumeur sanguine, qui se forme quelques heures après l'accident. Le gonflement est le résultat de l'accumulation du sang entre la couche profonde de la muqueuse et le cartilage sous-jacent, et comme cet accident se produit rarement en l'absence de toute fracture, il en résulte que la collection sanguine se forme sur les deux côtés de la cloison, ce qui constitue une tumeur bilatérale. On a cité deux cas d'hématome unilatéral de la cloison. Le premier, rapporté par Luc [8], fut observé chez un Arabe âgé de dix ans; il avait déterminé une oblitération complète des narines, et paraît

[1] *Journ. hebd. de méd.*, n° 91, t. VII, p. 545.

[2] *Dublin Journ. of the med. sc.*, septembre 1883, vol. IV, p. 16 et suivantes.

[3] *Arch. gén.*, t. XIII, 2e série, p. 408.

[4] *Gaz. des hôpitaux*, 1841, p. 59.

[5] *Ibid.* 1860, p. 178.

[6] Des tumeurs sanguines et purulentes de la cloison. Thèse de Paris.

[7] Des affections de la cloison. Paris, 1876, p. 23 et suivantes.

[8] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875.

avoir été la conséquence d'une variole confluente dont le malade avait été atteint cinq ans auparavant. Après la section du tissu cicatriciel, on trouva un kyste sanguin adhérent à la cloison de l'une des deux narines. Un cas analogue a été rapporté par Péan [1], il donne peu de détails, la tumeur qui adhérait à la cloison était molle, d'un bleu pâle et contenait du sang. Les tumeurs sanguines ont une surface et une coloration pourprée. Le reste de la muqueuse, ainsi que le fait observer Fleming, présente souvent elle aussi une couleur ecchymotique. Elles sont situées immédiatement en dedans des narines, et, dans le seul cas que j'ai eu l'occasion d'observer, elle ressemblait à s'y méprendre à un kyste. Elles sont faciles à apercevoir, et la fluctuation d'un côté à l'autre de la cloison aisément perçue avec le doigt permet d'ordinaire d'en reconnaître la nature. Quand le gonflement est considérable, il peut faire saillie dans l'autre narine. Leur consistance molle permet de les distinguer des tumeurs osseuses et cartilagineuses. Insérées symétriquement sur une large base de chaque côté de la cloison, on les distingue aussi des polypes. Il est cependant difficile de les différencier des abcès de la cloison auxquels elles aboutissent bientôt si l'on n'intervient pas. La guérison s'effectue rarement sans qu'il en résulte une perforation permanente du septum.

Pris au début, les hématomes peuvent parfois guérir à l'aide de simples lotions volatiles. Mais si parce moyen l'on n'obtient aucun résultat après un ou deux jours de traitement, on doit craindre la dégénérescence purulente et la formation d'un abcès. Il est alors préférable de vider la poche à l'aide d'une incision sur la portion déclive de la tumeur, et si elle ne suffit pas à évacuer complètement le contenu de la tumeur, on doit en pratiquer une seconde sur le côté opposé. Jarjavay [2] conseille un traitement général antiphlogistique uni au traitement chirurgical, surtout au début du traitement.

[1] Nélaton : *Pathologie chirurgicale*, 2e édit., t. III, p. 740.

[2] *Bull. génér. de thérap.* 1867, t. LXXII.

UN CAS D'HÉMATOME DU NEZ

W.-H. E., âgé de vingt-sept ans, maréchal ferrant, m'est envoyé à l'hopital en mars 1863 par le Dr Frodsham. Le malade me raconte que ferrant un cheval dix jours auparavant, il a reçu un coup de pied sur le nez, mais le sabot de l'animal l'a à peine effleuré. Depuis cette époque cependant, il éprouve une sensation de malaise dans le nez, qui, dit-il, « est complètement bouché »... A l'examen, j'aperçois les fosses nasales absolument obstruées par une tumeur sombre, rouge, arrondie, qui paraissait tendue. Une ponction exploratrice à droite fit sortir du sang des lèvres de la plaie. Je fis alors de ce même côté une large incision de la tumeur et le contenu des deux kystes (c'était l'aspect qu'elle présentait) fut évacué. Le lendemain cependant ils s'étaient remplis de nouveau. Je fis alors sur le côté gauche de la tumeur une seconde incision d'un demi-pouce de longueur ; mais, trois jours après, cette incision s'était aussi fermée. Je fis alors de nouvelles ouvertures sur les deux tumeurs et insérai dans chacune une mèche de charpie. Ce dernier traitement eut un plein succès. Un écoulement sanieux se produisit à gauche pendant quatre jours, après quoi la cicatrisation se fit. A droite, l'écoulement de pus cessa graduellement en l'espace d'un mois. On put voir alors sur la partie antérieure de la cloison une ouverture demi-circulaire de la grandeur de la moitié d'une pièce de quatre sous, et dont les bords étaient ulcérés. Le malade n'a conservé depuis aucune trace de tumeur. Le reste de la muqueuse de la cloison était plutôt sèche et de coloration rouge. En dehors de la perforation, la guérison fut complète.

ABCÈS DE LA CLOISON

(Pour l'historique voyez l'article précédent.)

Les abcès peuvent être *aigus* ou *chroniques*.

a. Aigus. — Les abcès *aigus* de la cloison sont le plus souvent d'*origine* traumatique, et surviennent d'ordinaire peu de jours, quelquefois une semaine ou deux, après l'accident. Ils peuvent être le résultat d'une inflammation des tissus, ou provenir de la transformation purulente d'une tumeur sanguine, ainsi que nous l'avons fait observer dans l'article pré-

cédent. Comme ces dernières, ils sont situés sur la partie antérieure de la cloison et ordinairement symétriques et bilatéraux. Ils présentent le caractère ordinaire de l'inflammation et s'accompagnent parfois de légers symptômes généraux. Les fosses nasales sont obstruées, la voix nasonnée, les conjonctives rouges et très sensibles à l'action de la lumière; il existe souvent un écoulement de larmes abondant. On constate aussi fort souvent une rougeur diffuse et une exagération de sensibilité de la peau du nez lui-même [1].

b. Chroniques. — Les abcès *chroniques* ont ordinairement la même forme et la même situation que les abcès aigus, et dérivent souvent aussi des mêmes causes. Mais ils se forment moins vite, sont moins douloureux, d'une coloration moins foncée et ne déterminent que peu ou point de symptômes généraux. On les a pris souvent pour des polypes, mais les caractères que nous avons indiqués à propos du diagnostic des hématomes servent également à les distinguer. Ainsi que pour les tumeurs sanguines, leur guérison est le plus souvent suivie d'une ouverture permanente de la cloison.

Le seul traitement efficace consiste à évacuer le contenu de la tumeur; on doit maintenir la tumeur ouverte à l'aide de mèches de charpie, ou en introduisant de temps en temps une petite sonde dans l'ouverture des deux tumeurs.

UN CAS D'ABCÈS CHRONIQUE DE LA CLOISON

Ch. H., cultivateur, âgé de vingt et un ans était depuis peu dans mon service à l'hopital de Londres, au commencement de 1870,

[1] L'abcès chaud de la cloison peut même revêtir des allures inflammatoires plus vives qui feraient songer à l'éclosion d'un érysipèle de la face, par le gonflement, la rougeur du tégument cutané de l'organe de l'odorat. La fièvre peut également être très vive et la céphalalgie frontale intense. L'abcès une fois ouvert, généralement dans les fosses nasales, il n'est pas rare de constater un affaissement du dos du nez par suite de l'élimination d'une portion du cartilage de la cloison. De même pendant la période inflammatoire la muqueuse de Schneider tuméfiée vient faire hernie à l'extérieur des narines sous la forme de tumeur rosée, occupant les deux côtés de la cloison, ainsi que l'un de nous (J. Moure) a eu l'occasion de le voir récemment chez une jeune fille de vingt ans. (Note des traducteurs.)

convalescent d'une fièvre typhoïde, lorsqu'un jour à ma visite, il se plaignit de gêne respiratoire et d'une obstruction complète du nez. A l'examen, je trouve deux tumeurs jaune pâle qui oblitéraient complètement les fosses nasales. Le malade était convalescent de sa fièvre typhoïde depuis sept semaines. La maladie avait eu son cours régulier, et le malade n'avait antérieurement éprouvé aucun symptôme du côté des fosses nasales. Une incision de la tumeur laissa s'écouler du pus, et en pressant sur la seconde avec le doigt, je pus la vider complètement; il sortit en même temps de la poche une petite quantité de matière caséeuse. A l'aide d'une sonde introduite dans l'incision, je pus constater l'existence d'une perforation de la partie antérieure de la portion cartilagineuse de la cloison; cette perforation avait environ un demi-pouce de longueur, un quart de largeur. Une seconde incision fut faite sur l'abcès qui n'avait pas été ouvert, et le malade guérit, tout en conservant une perforation de la cloison telle que nous l'avons décrite précédemment.

CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES

Latin Eq. — Corpora adventitia narium.
Anglais Eq. — Foreign bodies in the nose.
Allemand Eq. — Fremdkörper in der Nasenhöhle.
Italien Eq. — Corpi stranieri nelle narici.

DÉFINITION. — *Corps étrangers logés dans les fosses nasales qui d'ordinaire y pénètrent par les narines, mais parfois aussi par les arrière-fosses nasales ou à travers les téguments.*

Historique. — La littérature des corps étrangers des fosses nasales est presqu'entièrement constituée par les cas épars dans les divers traités de médecine ou dans les publications périodiques. Parmi les faits les plus curieux rapportés par les auteurs, citons celui d'un éclat d'obus[1] qui séjourna dix-sept ans dans les fosses nasales d'un individu et fut en dernier lieu expulsé; un autre[2] dans lequel une balle de mousquet séjourna vingt-cinq ans dans le nez d'un malade sans qu'on pût en découvrir l'existence.

[1] *Ephem. Nat. Cur.* Dec. III, ann. V, et VI, obs. 300.
[2] Ibid. Cent. X, obs. 80.

Renard [1], Boyer [2] et d'autres [3] ont rapporté plusieurs cas de substances végétales qui, introduites dans le nez, y germèrent au grand déplaisir des malades. Hickman [4] et Tillaux [5] ont publié de remarquables exemples de corps étrangers ayant séjourné fort longtemps dans les fosses nasales; et nous devons à Tron [6] un travail fort intéressant sur ce sujet.

Etiologie. — Les cas de ce genre sont fréquents surtout chez les enfants qui s'amusent à s'introduire dans le nez des perles, des pois, des fèves et autres petits corps. Les fous poussent aussi parfois des corps étrangers dans le nez. Dans les vomissements des substances dures, telles que des grains de fruits préalablement avalés, peuvent être poussées de force dans les fosses nasales et s'y arrêter. Cet accident se produit surtout, il est vrai, quand il existe une paralysie du voile du palais.

Un corps étranger peut, en outre, pénétrer dans le nez par les arrière-fosses nasales à la suite d'un faux mouvement de déglutition; l'effort produit par l'orifice glottique pour l'empêcher de tomber dans les voies aériennes le rejette en haut et l'introduit de force dans le nez. Hickman [7] a rapporté un cas fort extraordinaire : il retira de la partie postérieure des narines d'une fille un anneau d'acier ayant trois quarts de pouce de diamètre, qui y avait séjourné treize ans. Des morceaux de couteau [8], de baïonnette [9] ou des éclats de boulet [10] se logent parfois dans le nez après avoir traversé la peau.

[1] *Journ. de médecine.*, t. XV, 525.

[2] *Traité des malad. chirurg.* Paris, 1846, t. V, p. 65.

[3] Blasius : *Obs. méd. Rarior.*, p. II, n° 8, et *N. act. nat. cur.*, vol. II, obs. 20.

[4] *Brit. Med. journ.* 1867, vol. II, p. 266.

[5] *Bull. de la Soc. de chir.* 26 janv. 1876.

[6] *Gaz. méd.* de Lyon. 1867, n° 36.

[7] *Loc. cit.*

[8] Legouest : *Traité de chirurgie d'Armée.* Paris, 1863, p. 383.

[9] *Ibid.*

[10] Lemaistre : *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1874, p. 632. Lawson: *Diseases and Injuries of the Eye*, 2e édit., p. 336. Gaujot, cité par Casabianca : *Des affections de la cloison des fosses nasales.* Paris, 1876, p. 22.

Les corps de ce genre produisent ordinairement une plaie de la narine, mais n'y séjournent pas. Legouest[1] a publié le cas d'un charpentier qui fit à un homme une blessure au nez avec son crayon, dont l'extrémité se brisa et fut ensuite extraite par la narine[2].

Symptômes. — Quand les corps étrangers ont été introduits dans le nez par un enfant ou un aliéné, on les trouve logés d'ordinaire dans la partie inférieure des fosses nasales, mais cette règle n'est pas absolue. Les symptômes dépendent de la grandeur, de la forme, de la nature du corps étranger. S'il est petit et rond il peut séjourner fort longtemps dans la fosse nasale sans déterminer le moindre symptôme. Cependant les végétaux, fèves ou pois, se gonflent par l'humidité et augmentent considérablement de volume. Ainsi que nous l'avons fait observer, ils peuvent germer sous l'influence de l'atmosphère chaude et humide des fosses nasales, et donner alors naissance aux symptômes les plus désagréables.

Dans le cas de Boyer, un haricot poussa 10 à 12 racines, ce qui lui donnait l'aspect d'un polype, avec lequel il fut de fait confondu. Si le corps étranger est rugueux, angulaire, il détermine une très grande irritation et l'on voit survenir fréquemment des accès de rhinite aigue. Quand le corps est volumineux il amène une obstruction plus ou moins considérable des fosses nasales, et le malade est obligé de garder la bouche constamment ouverte. Dans la première période, il existe souvent une céphalalgie intense, accompagnée de douleurs du nez et des joues qui prennent parfois un caractère nettement névralgique. Un cas fort instructif a été publié par Verneuil : la douleur survenait deux ou trois fois par

[1] *Op. cit.*, p. 383.

[2] L'on peut trouver aussi des tampons laissés dans les fosses nasales après un tamponnement fait dans le but d'arrêter une épistaxis grave et l'un de nous a eu l'occasion d'observer récemment un fait de ce genre, dans lequel le symptôme dominant était une sécrétion ichoreuse extrêmement fétide et abondante qui s'écoulant le long de la paroi pharyngienne infectait la malade. (Note des traducteurs.)

mois et simulait, à s'y méprendre, une névralgie faciale. Si le corps étranger séjourne longtemps dans le nez les accès de rhinite aiguë disparaissent remplacés par une inflammation chronique rebelle et un écoulement nasal des plus fétides [1].

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté, si le malade raconte qu'il s'est introduit un corps étranger dans le nez, mais il est des cas où l'on ne peut obtenir ce renseignement, soit par entêtement, soit par ignorance de la part du malade. De sorte que lorsqu'il existe un écoulement fétide des fosses nasales, surtout chez un enfant, on doit songer à la possibilité de l'existence d'un corps étranger et pratiquer un examen sérieux des fosses nasales. Mais comme le corps engagé dans le nez est très souvent recouvert de mucus, on doit, avant de pratiquer la rhinoscopie, prescrire des irrigations nasales. Si malgré un examen attentif on ne parvient pas à apercevoir le corps du délit, on doit le rechercher avec une sonde nasale, et dans certains cas pour que l'examen soit fait d'une manière satisfaisante, il est nécessaire d'insensibiliser le malade [2].

Pronostic. — Il est presque toujours favorable. Dans la plupart des cas on réussit facilement à extraire l'objet introduit dans le nez, et l'on voit alors tous les symptômes disparaître.

Traitement. — Le corps étranger doit être extrait aussitôt que possible, mais on ne doit pas oublier que sa présence ne constitue pas un danger pour la vie et qu'il ne faut pas agir par conséquent avec une précipitation intempestive. On doit tout

[1] De plus la muqueuse pituitaire ne tarde pas à bourgeonner, recouvrant ainsi le corps étranger et augmentant encore les symptômes causés par ce dernier. Il se forme dans quelques cas de véritables tumeurs mamelonnées, rouges, saignant facilement, qui, peuvent à un examen superficiel en imposer très facilement pour une tumeur maligne. (Note des traducteurs.)

[2] Depuis la découverte des propriétés anesthésiques de la cocaïne, il est inutile dans les cas de ce genre de donner au malade du chloroforme. (Note des traducteurs.)

d'abord examiner soigneusement les fosses nasales avec le speculum, et s'il ne suffit pas à faire découvrir le corps étranger, aller à sa recherche avec la sonde. Si l'examen est difficilement supporté, surtout quand le malade est un enfant, on doit administrer un anesthésique. Quand par l'une ou l'autre de ces méthodes on a soigneusement déterminé la position du corps du délit, on procède à son extraction à l'aide des pinces nasales inclinées sous un angle convenable. (Voy. fig. 20, p. 37.) Dans certains cas si le corps est situé très en arrière comme dans l'observation de Hickman, précédemment citée, on pourra plus facilement alors l'extraire à l'aide de pinces passées dans les arrière-fosses nasales par derrière le voile du palais. Les pinces et les crochets de Gross (fig. 57, p. 68) peuvent être très utiles pour l'extraction des pois et des diverses graines. Si l'examen le plus soigneux ne permet pas de découvrir le point dans lequel se trouve le corps étranger, ou si ce dernier est solidement engagé au point qu'on ne puisse l'extraire sans user de violence, on doit recourir à d'autres moyens. Si le malade est un adulte ou un enfant de huit ou neuf ans, un très bon moyen consiste à pratiquer par la narine libre des irrigations d'eau salée tiède, qui revenant par derrière dans la narine opposée repoussent l'objet contenu dans cette dernière.

Si le corps étranger est petit, une prise d'une poudre sternutatoire énergique suffira pour en débarrasser le malade. Dans un cas rapporté par King[1], on fit usage d'une méthode ingénieuse mais fort désagréable. Un noyau de cerise était engagé dans les fosses nasales d'un enfant et ne pouvait être délogé. Un fort vomitif lui fut administré et quand les vomissements commencèrent à se produire, on appliqua un mouchoir sur la bouche du petit malade de telle sorte que le liquide dût passer par les fosses nasales entraînant avec lui le noyau. S'il est possible, on s'abstiendra de repousser le corps étranger en arrière pour le faire sortir par les arrière-fosses nasales, de crainte qu'il ne tombe dans le larynx ;

[1] *Amer. journ. Med. sc.*, avril 1860.

mais s'il est gros et très solidement implanté à la partie postérieure le praticien peut se voir forcé de courir les risques de cet accident. Il doit avoir soin cependant d'introduire l'index de sa main gauche dans la cavité naso-pharyngienne, tandis que de la main droite il s'occupe de repousser le corps étranger. Si ce dernier est volumineux et que les symptômes qu'il détermine soient très sérieux, il peut être nécessaire de pratiquer l'opération de Rouge. (Voyez *Polypes fibreux de la cavité naso-pharyngienné.*)

RHINOLITHES

Historique. — Mathias de Gardi[1], le premier, fit allusion à ces dépôts des fosses nasales dont il mentionne simplement et en termes vagues un cas de seconde main. Bartholin[2] en observa deux exemples, l'un probablement spontané, l'autre ayant un noyau de cerise pour point de départ. Clauder[3], Kern[4] et Reidlinus[5] en ont chacun rapporté un exemple, et Wepfer[6] a décrit deux cas de cette affection. Le célèbre anatomiste Ruysch[7], en 1733 en rapporta un cas, et bientôt après, Plater discuta[8] l'origine de ces concrétions calcaires. D'autres exemples ont été rapportés par Savialles[9], Gräfe[10], Thouret[11], Axmann[12], Brodie[13] et Demarquay[14]. Ce dernier auteur, décrivant un cas de calcul nasal qu'il avait eu l'occasion d'observer lorsqu'il était élève de Blandin, discute d'une façon complète la question de l'origine,

[1] *Pratica.* Venetiis, 1502, pars. II, cap. XIV, p. 408.
[2] *Hist. anatom. Rar.* 1654, cent. I, p. 47 et aussi cent. IV, p. 404.
[3] *Ephem. Nat. Curios.* 1685, déc. II, ann. XIII, obs. 78.
[4] *Ibid.* 1700, dec. III, ann. V et VI, obs. 43, p. 100.
[5] *Ibid.* 1706, dec. III, ann. IX et X, obs. 145, p. 268.
[6] *Obs.* 192, p. 905, 1727.
[7] *Obs. anat.* Amstelodami, 1733, obs. 44, p. 42.
[8] *De olfactûs Lesione.* 1736, lib. I, c. IX, p. 264.
[9] *Bull. de la Faculté de méd.* 1814, t. IV, p. 44.
[10] *Annales d'oculistique.* 1828, t. VIII, 4e et 5e livr., p. 203.
[11] *Arch. gén. méd.* 1829, t. XIX, p. 27.
[12] *Ibid.* 1829, 1re série, t. XX, p. 102.
[13] *Lancet.* 6 janvier 1844.
[14] *Arch. gén. de méd.* 1845, 4e série, t. VIII, p. 174 et suivantes.

les symptômes, la composition et le traitement de ces corps étrangers indiquant tous les cas observés avant lui. C'est au reste à son intéressant travail que j'ai emprunté les renseignements historiques qui précèdent. Depuis lors des cas de rhinolithes ont été rapportés par Cook [1], Kostlin [2], Rouyer [3], W. N. Browne [4], Verneuil [5], West [6], Roé [7], Héring [8] et Nourse [9].

Pathogénie.—Les rhinolithes ont ordinairement pour point de départ de petits corps étrangers engagés dans les fosses nasales, autour desquels viennent se concréter les sels contenus dans les sécrétions de la muqueuse pituitaire. Ainsi dans le cas de Héring, le noyau central était formé par un bouton qui s'était fortement fixé dans les fosses nasales d'un garçon de quatorze ans. Grafe croyait que les rhinolithes étaient le plus souvent d'origine goutteuse; mais, sur cinq cas réunis par Demarquay, un seul pouvait être attribué à la diathèse goutteuse.

On a trouvé parfois au centre du calcul, un liquide albumineux ou une substance graisseuse, mais on ignore si dans les cas de ce genre la matière centrale était le reste d'une sécrétion morbide primitive, ou le résultat du ramollissement d'un corps étranger formant primitivement le noyau du rhinolithe. Il n'est pas douteux qu'une inflammation chronique ne puisse favoriser à la longue la formation d'autres dépôts et dans certains cas donner naissance à des rhinolithes indépendants. Toute cause qui empêche l'écoulement au dehors des sécrétions de la muqueuse peut donner lieu à la formation d'un calcul. Dans le cas de Browne, la narine avait été obstruée pendant plusieurs années.

[1] *Ranking's abstract.* 1847, vol. VI, p. 132.
[2] *Wurtemberg, corresp. — Blatt.* 1854.
[3] *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* 1857, p. 60.
[4] *Edin. med. Journ.* 1859, vol. V, p. 50.
[5] *Gaz. des Hôp.* 1859, p. 25.
[6] *Lancet.* 1872, vol. I, p. 147.
[7] *Arch. of Laryng.* 1880, vol. I, nº 2, p. 149 et suivantes.
[8] *Monatsshr. f. Ohrenheilk.* 1881, nº 5.
[9] *Brit. med. Journ.* Octobre 1883, p. 728.

Symptômes. — Les symptômes des rhinolithes sont les mêmes que ceux des corps étrangers, mais la marche en est plus lente et comme le calcul tend toujours à s'accroître, ils arrivent à déterminer une gêne plus considérable. Un écoulement fétide est, d'ordinaire, le symptôme le plus gênant de cette affection. La forme du calcul n'est pas toujours la même il est d'ordinaire irrégulièrement ovale, et de grandeur excessivement variable. Énorme dans le cas de Browne, il avait un pouce trois quarts de longueur, un pouce de largeur et un demi-pouce d'épaisseur, il pesait 13 gr. 65. Quand il est situé à la partie supérieure des fosses nasales, il peut déterminer un gonflement de la face (voyez, ci-dessous, *Obs.* II) et obstruer le canal nasal. Le calcul est ordinairement unique, bien que par exception, comme dans les cas d'Axmann et de Blandin, on puisse en trouver plusieurs; dans une de mes observations, il en existait deux. Leur surface peut être lisse, mais d'ordinaire ils sont rugueux et mamelonnés, leur couleur est le plus souvent d'un gris noirâtre. Ils sont parfois en partie recouverts par la muqueuse, dans laquelle ils sont comme invaginés; les bords de la membrane dans les cas de ce genre, sont gonflés et ulcérés, et saignent facilement.

Diagnostic. — Le dignostic est souvent fort difficile ; de fait il n'est pas toujours facile de distinguer un calcul d'un ostéome, et, en raison de l'aspect fongueux et saignant de la muqueuse, un rhinolithe a été une fois pris pour un cancer [1]. Si le calcul est mobile ou se laisse facilement pénétrer par la sonde, on nê le confondra pas avec un ostéome. La marche de la maladie qui est fort lente, l'absence de douleurs, servira à le distinguer du cancer, d'autre part, l'examen le plus sommaire ne permettra pas à un chirurgien tant soit peu expérimenté de le confondre avec un polype.

La composition des rhinolithes est des plus simples; ils sont uniquement formés, ainsi que Prout [2] l'a démontré, de mucus

[1] Jacquemin cité par Spillmann : *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XIII, p. 24.

[2] *Lancet*, 6 janvier 1844.

et de phosphate de chaux. La surface est ordinairement dure et le centre friable; la paroi extérieure l'entoure de tout côté, un peu à la façon de la coquille d'un œuf.

Le *pronostic* est favorable, car le diagnostic fait, il est presque toujours facile d'enlever le calcul et le malade est guéri.

Le *traitement* doit avoir pour but l'extraction du calcul, qui le plus souvent peut avoir lieu à l'aide des pinces à polypes ordinaires, mais s'il a acquis de grandes dimensions, il doit être préalablement brisé avec un lithotriteur dont la forme et la grandeur seront adaptées aux fosses nasales. Dans une de mes observations, je ne pus réussir à l'enlever qu'après l'avoir brisé à l'aide de puissantes pinces à os. Héring n'ayant pas réussi à extraire le sien à l'aide des pinces le repoussa en arrière vers la partie postérieure des fosses nasales et le malade réussit à le « cracher » de lui-même.

J'ai eu l'occasion d'observer dans ma pratique les deux exemples suivants de cette affection :

Observation I. — James S..., âgé de trente-six ans, domestique, se présente à l'hôpital de la Gorge, en mai 1876. Il se plaint d'un écoulement de la narine gauche dont il souffre depuis six ans. A l'examen des fosses nasales, je découvre un calcul dans le méat moyen. Le rhinolithe est en grande partie recouvert par la muqueuse qui s'est développée autour de lui. Je fais plusieurs tentatives infructueuses d'extraction et ce n'est qu'après avoir pratiqué une large incision sur le bord inférieur du cornet moyen que je réussis à l'extraire par morceaux avec les pinces. Je prescris ensuite au malade des lotions alcalines, et six semaines après, il était complètement guéri. Les fosses nasales étaient parfaitement nettes, il n'existait plus d'écoulement. Les fragments se composaient de deux calculs oblongs, placés l'un à la suite de l'autre et se touchant par une de leurs extrémités. L'un d'entre eux mesurait un centimètre et demi de longueur et huit millimètres de largeur ; l'autre était beaucoup plus petit; ni l'un ni l'autre ne contenaient de noyau central. La surface des deux calculs était plus dure que l'intérieur et avait une couleur plus brillante. Ils pesaient 2 gr. 75.

Observation II. — M. H. S..., âgé de soixante-trois ans, employé au gouvernement de la Jamaïque, vient me consulter en juin 1882,

il se plaint d'un écoulement fort ennuyeux de la narine droite. Il avait déjà consulté plusieurs médecins, l'un d'eux avait fait le le diagnostic de polype ; un second lui avait assuré qu'il n'avait rien dans le nez, un troisième lui avait avoué franchement qu'il était impuissant à découvrir la cause de sa maladie. M. S..., avait habité longtemps les tropiques où il avait subi plusieurs accès de fièvre paludéenne, mais, en dehors de là, il avait toujours eu une parfaite santé; toutefois, quatre ans auparavant il avait été traité pour un calcul de la vessie dont on l'avait délivré par la lithotritie. A l'examen, je trouve le côté droit du nez jusqu'auprès de l'angle interne de l'œil et vers le bord supérieur du cartilage latéral inférieur occupé par une tumeur dure, la peau qui la recouvre est saine. Un écoulement fétide, brun noirâtre a lieu par la narine droite, et à l'examen à l'aide du speculum je trouve cette même narine occupée par un calcul volumineux qui s'étend du niveau du cornet inférieur jusqu'à la voûte des fosses nasales. La surface en est lisse, gris noirâtre et très dure. Je fais avec les pinces une tentative d'extraction et je réussis à enlever une parcelle du calcul ainsi que quelques grumeaux visqueux. Mais son volume n'en parut pas diminué. Je fis ensuite usage d'un lithotriteur, mais en raison de la forme, de la dureté et de la situation du calcul, il me fut impossible de le briser; je réussis cependant, à l'aide de ciseaux puissants, et même alors il me fut impossible d'extraire les fragments. A bout de ressources, je fis passer par le nez un fil jusque dans la bouche, et après avoir attaché à son extrémité un tampon de charpie, je le tirai à travers les fosses nasales, de manière à amener les deux fragments entre les branches du lithotriteur, et à les broyer enfin. A l'examen des fragments, je ne pus découvrir de noyau central, mais s'il en existait un, il a parfaitement pu échapper à mon observation. Le poids des débris du calcul était de 4 gr. 50. L'opération fut suivie d'une hémorrhagie, et un flegmon diffus[1] de la face, sans pyrexie bien marquée cependant, survint le jour suivant. Il dura à peu près une semaine et récidiva à quatre reprises différentes dans l'intervalle de quelques jours, bien qu'on n'eût pas fait une nouvelle opération. Pendant cet intervalle, de temps, le congé de M. S... expira, il fut obligé de retourner à la Jamaïque. Malheureusement un petit fragment de rhinolite restait encore tout à fait à la partie supérieure des fosses nasales, il deviendra probablement le point de départ de concrétions nouvelles.

[1] Hack (*Beitrœge zur Rhinochirurgie.* Wien, 1883, p. 24) récemment a attiré l'attention sur ce fait que la tendance à une forme lente d'érysipèle de la face vient assez souvent compliquer les affections inflammatoires de l'intérieur des fosses nasales.

LARVES[1] DANS LES FOSSES NASALES
(MYASE DU NEZ)

Latin Eq. — Myasis narium.
Anglais Eq. — Maggots in the nose.
Allemand Eq. — Würmer in der Nasenhöhle.
Italien Eq. — Larve nelle fosse nasali.

DÉFINITION. — *Destruction des parties molles et parfois même des os du nez par des larves issues d'œufs déposés dans l'intérieur ou au voisinage des narines par des insectes diptères, déterminant une douleur térébrante de l'insomnie, et quelquefois des convulsions, le coma et la mort.*

Bien que cette affection, fasse des ravages considérables, chez les habitants de nos immenses possessions des tropiques, les ouvrages anglais en font à peine mention. De fait, il n'existe pas dans la littérature médicale tout entière un seul essai concernant cette affection et la traitant d'une façon complète. C'est pourquoi il m'a paru utile de donner à mes lecteurs une analyse des articles épars çà et là sur ce sujet et qui ont paru à des intervalles irréguliers, pour la plupart dans des ouvrages rares ou des journaux peu connus.

Historique. — La littérature médicale antérieure au siècle actuel ne renferme qu'un petit nombre d'exemples de myase des fosses nasales. Garhlieb[2] rapporte le cas d'un paysan qui éprouvant de violentes douleurs au front et à la racine du nez, fit des

[1] Ce sujet a été traité d'une façon sommaire dans plusieurs ouvrages, sous le titre de « Parasites des fosses nasales » c'est là une expression inexacte. Les larves en effet ne peuvent être considérées comme de véritables parasites, car ainsi que le fait observer Moquin-Tandon (*Eléments de zoologie médicale.* Paris, 1859, p. 215), l'essence du parasitisme consiste en ce fait remarquable qu'un individu peut vivre aux dépens d'un autre sans qu'il en résulte de sérieuses conséquences pour l'animal aux dépens duquel il se nourrit.

[2] *Ephem. Nat. Curios.* Dec. III, ann. VII et VIII, obs. 141, p. 260.

inhalations avec une décoction d'herbes aromatiques. Survint une hémorrhagie accompagnée de l'expulsion de plusieurs larves vivantes. Berends[1], chez une femme qui éprouvait un mal de tête intolérable et présentait un léger gonflement de la face, prescrivit des injections nasales avec une décoction de tanaisie, de rue et d'absinthe. La malade expulsa une trentaine de larves et fut guérie. Un exemple encore plus frappant de myase du nez fut publié vingt ans plus tard par Wohlfahrt[2] : un malade souffrait de maux de tête épouvantables ; il fut traité par des inhalations d'alcool et rendit dix-huit larves. Placées dans un bocal elles se métamorphosèrent trente jours après et devinrent des mouches. Cinquante ans plus tard Tengmalm[3], rapporta succinctement l'observation d'un enfant de huit mois, qui rendit des vers par le nez, et à la fin du siècle dernier, Azara[4] eut plusieurs fois l'occasion au Paraguay, de constater les effets produits par les larves, dans l'intérieur des fosses nasales. En 1830, Mac Gregor[5], publie un exemple de cette affection observé par lui dans l'Inde anglaise. Différents cas observés dans cette même contrée ont été rapportés par Lahory[6], Moore[7] et Ohdedar[8]; tandis que la maladie elle-même a été très sérieusement étudiée par Coquerel[9] à Cayenne ; Morel[10], Gonzalès[11], Jacob[12] et Weber[13] à Mexico ; et par Frant-

[1] *Scharschmidt's med. und chir. Nachrichten.* Berlin, 1743, 1 Jahrg., p. 214.

[2] *Observ. de vermibus per nares excretis.* Halæ Magdeburgicæ, 1768. On trouvera toutes ces observations dans Tiedemann (*Würmer in den Geruchsorganen*, Mannheim. 1844), mais l'écrivain désireux d'avoir de plus amples renseignements pourra les puiser dans le savant Index de Ploucquet. (*Litteratura medica Digesta.* Tubingen, 1809, sub voce «Vermis ».)

[3] *Kongl. Vetenskaps Academiens Handlingar.* 1796, p. 285.

[4] *Voyages dans l'Amérique méridionale*, 1781-1801, par don Félix de Azara. Annoté par Cuvier. Paris 1809, t. I, p. 216.

[5] *London med. and phys. journ.* 1830, vol. LXIV, p. 498 et suivantes.

[6] *Edin. med. Journ.* Octobre 1856, vol. II, p. 371, 372.

[7] *Indian med. Gaz.* 1871.

[8] *Ibid.* 1881, vol. XVI, p. 80.

[9] *Arch. gén. de méd.* 1858, t. II, p. 513 et suivantes. Voyez aussi : *Ann. de la Soc. entomologique.* 1858, p. 173.

[10] *Recueil de méd. militaire.* 1865, 3e série, t. XIV, p. 516 et suivantes.

[11] *La Mosca hominivora*, Disertacion leida en la Academia medico-farmaceutica de Monterey la noche del 3 de Marzo, 1865, por el professor de medicina y cirurgia D. José Eleuterio Gonzalès.

[12] *Rev. de méd. milit.* 1866, 3e série, t. XVII, p. 56 et suivantes.

[13] *Ibid.* 1867, 3e série, t. XVIII, p. 158 et suiv.

zius[1] à Costa-Rica. En Europe, Mankiewicz[2] en a rapporté un exemple qu'il a eu l'occasion de traiter; Moquin-Tandon[3] en a signalé plusieurs cas qui avaient été traités par d'Astros et autres, et Petrequin[4] en a publié un cas observé par lui en Italie.

Le fait de Mac Gregor est le premier qui ait été observé dans l'Inde anglaise. Le malade était un homme qui pendant trois mois ressentit une douleur de la joue gauche et de l'intérieur de la narine. S'étant mouché violemment il fit sortir de son nez quelques vers, ce qui l'effraya beaucoup, mais le soulagea quelque peu. Plus tard survint un gonflement des joues, un écoulement fétide et sanguinolent s'écoula par la narine, il devint très agité et eut des frissons; on employa l'ammoniaque dans le but de le faire éternuer et il rendit une centaine de larves. Elles avaient environ un centimètre et demi de longueur étaient plus minces en avant qu'en arrière, segmentées et dépourvues de pieds. Elles étaient blanches avec des taches noires à leur extrémité postérieure.

Lahory, médecin indigène, élevé d'après les principes de la médecine européenne, écrivit un fort intéressant article sur le « Peenash[5] », terme usité en Indoustan pour désigner une affection ulcéreuse des fosses nasales avec présence de larves. Il a vu des malades de tout âge, depuis neuf ans jusqu'à quatre-vingt-dix; l'affection est plus commune pendant les fortes chaleurs, de juillet à septembre. Il a remarqué que la malpropreté et la mauvaise nourriture prédisposent à la maladie, et on l'observe plus fréquemment chez les personnes qui ont le nez aplati par suite

[1] *Virchow's Archiv*. Bd. XLIII, p. 98.

[2] *Ibid*. 1868, Bd. XLIV, p. 375.

[3] *Elém. de zoologie médicale*. Paris 1859, p. 212.

[4] *Fricke u. Oppenheim's Zeitschr. f. d. gesammte med.* 1838, p. 276.

[5] Ce terme est paraît-il d'origine sanscrite, mais il présente une analogie remarquable avec le mot français *punaisie*, et il n'est pas impossible que ce terme employée maintenant aux Indes n'ait été introduit par les Français à Pondichéry. D'autre part il est possible que les deux termes dérivent d'une racine commune. (Voyez la note 2, p. 138.) Au point de vue étymologique il serait très important de savoir à quelle époque il a été employé pour la première fois. Nous pouvons faire observer qu'aux Indes on conduit ordinairement les chameaux avec un anneau qui traverse le cartilage du nez et que la surface ulcérée est constamment recouverte de larves. On dit alors que l'animal souffre de « Peenash ». (Moore Native practice in Radjpootana. — *Ind. Med. Gaz*, 1871.)

de l'affaissement du dos du nez [1]. Les symptômes qu'il a notés consistent en une douleur profonde, indéfinissable, dans les sinus frontaux, l'orbite et les oreilles, avec la sensation de quelque chose qui grouille dans l'intérieur du nez. Les épistaxis étaient fréquentes. Les malades avaient de la tendance a tenir la tête baissée; il existait une telle ecchymose et un tel gonflement des paupières que la vision en était souvent obstruée. Quand la maladie fait des progrès des ulcérations se produisent dans le nez et une portion considérable de cet organe est fort souvent détruite. Lahory a souvent constaté de la fièvre et des symptômes généraux graves. A Allyghur, du mois de décembre 1851, au mois de mars 1855, on a admis à l'hôpital 91 malades atteints de « Peenash ». Sur ce nombre, 46 ont été guéris, 14 améliorés, 29 n'ont pu être suivis, 2 sont morts.

Les larves, telles que les décrit Lahory, sont blanches ou jaunes et présentent souvent des taches noires sur la tête ou sur la queue; elles ont la taille des larves que l'on trouve ordinairement dans les substances animales en décomposition. Elles ont une tête, des yeux (?), une bouche et un corps distinct, et la queue est ordinairement contournée en une tour de spirale, chaque spirale formant une articulation distincte au moyen de laquelle l'animal se meut. Les vers sont libres ou étroitement confinés dans un kyste membraneux.

Le traitement recommandé par Lahory consiste en injections de térébenthine ou d'infusion de tabac, unies à l'administration à l'intérieur de toniques et d'altérants.

Ohdedar, médecin indien, a récemment décrit un cas de « Peenash »; la malade était une femme qui exhalait du nez une odeur désagréable, mais chez laquelle on n'apercevait autre chose qu'un gonflement de la muqueuse. Il existait cependant à la voûte palatine, une ouverture d'un centimètre et demi de diamètre par laquelle on put retirer huit larves ayant chacune un nid distinct. Des épistaxis se produisirent fréquemment, et l'on vit survenir ensuite de l'œdème de la face et des paupières. On pratiqua par la bouche et le nez des injections avec une solution faible de chlorhydrate de fer et plus tard avec de l'huile de térébenthine. Il se produisit alors une ulcération près de l'angle interne des deux yeux et bientôt après les larves s'échappèrent à travers la solution de continuité de la peau en déterminant de très vives douleurs. Il survint à la suite un

[1] Cet affaissement du dos du nez est fréquent dans l'ozène et il est fort possible que l'odeur chez les individus atteints de cette maladie attire les mouches qui viennent déposer leurs œufs dans l'intérieur du nez. (Note des traducteurs.)

érysipèle du nez et des paupières et la malade mourut dans le coma.

Parmi les renseignements recueillis dans l'*Amérique du Sud,* ceux de Coquerel ont une grande valeur. Cet officier, médecin de la marine, stationna quelque temps à Cayenne. C'est à lui que l'on doit le travail le plus détaillé qui ait été publié jusqu'ici sur la myase du nez. Il ne paraît pas avoir observé lui-même, de cas de cette affection. Les exemples qu'il rapporte ont été traités par ses confrères MM. Sain-Pair et Chapuis, mais il a pu voir leur rapport et il lui a été possible de déterminer la classe d'insecte dont les larves déterminent la maladie. Dans son article cependant, il ne spécifie pas si les mouches déposent leurs œufs dans l'intérieur du nez sain, ou si comme pour le « Peenash » indien, il est nécessaire qu'il existe un état morbide de la muqueuse. Le principal symptôme noté à Cayenne est une sensation de fourmillement dans le nez avec une céphalalgie intense, qui s'accompagne dans quelques cas d'une sensation, qui ressemble à des coups « portés avec une barre de fer ». Il existe aussi de l'œdème du nez qui s'étend à la face, et en particulier aux paupières. Des épistaxis graves se produisaient souvent, et il n'était pas rare d'observer une inflammation considérable des tissus de l'intérieur du nez, que l'on vit dans quelques cas se propager aux méninges, et amener ainsi la mort. Il se formait parfois sur le côté du nez des tumeurs qui se terminaient en pointe et s'ouvraient ensuite spontanément, donnant issu à une grande quantité de larves. A la suite d'injections d'une solution d'alun ou d'une décoction de tabac, un grand nombre de larves étaient fréquemment expulsées; leur nombre dans certains cas particuliers s'est élevé jusqu'à deux ou trois cents. Chez les malades qui guérirent, la cloison était souvent perforée sur une grande étendue, et même dans quelques cas le nez était presque entièrement rongé. Sur six hommes traités par Saint-Pair, trois moururent avec des symptômes de méningite. Quant aux trois autres, deux avaient le nez complètement détruit, et chez le troisième, il était considérablement déformé. Dans les cas mortels, on trouva les méninges très rouges, remplies de sang en particulier à la base du cerveau. La substance cérébrale elle-même était injectée, et les ventricules remplis de sérum sanguin. Un des malades était à peu près complètement remis, lorsqu'il fut atteint d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu, auquel il succomba. Chez ce dernier, à l'autopsie on trouva des paquets de larves, logés dans l'antre et les sinus frontaux. Coquerel fait observer que les médecins font à Cayenne des insufflations d'alun ou injectent des décoctions de tabac, mais n'obtiennent pas toujours le résultat désiré; ce traitement, en effet, amène souvent du gonflement de la muqueuse et ferme

les orifices des sinus. Quand ils ont sujet de croire que les larves ont pénétré dans les sinus, les chirurgiens de Cayenne pratiquent la trépanation de ces cavités. Coquerel décrit avec grand soin, l'insecte qui détermine cette grave affection. Nous renvoyons à l'étiologie, pour la description qu'il donne de la larve, de la nymphe et de la mouche, car cette description forme la base de nos connaissances sur ce sujet.

En 1862, quand l'expédition du Mexique fut décidée par le gouvernement français, le conseil de santé invita les chirurgiens militaires à recueillir tous les renseignements possibles, au sujet de la maladie produite par l'entrée des mouches dans le nez; mais autant que j'ai pu m'en assurer, MM. Morel, Jacob et Weber furent les seuls à répondre à cette invitation. Il est vrai que les renseignements qu'ils recueillirent à *Mexico* augmentèrent nos connaissances au sujet de cette affection et nous permirent d'employer des méthodes efficaces de traitement.

Morel fonda ses observations sur cinq cas par lui observés. Il croit que la mouche pénètre toujours dans le nez pendant le sommeil, et pense que les gens malpropres et ceux qui sont atteints d'ozène y sont particulièrement prédisposés. Quatre malades sur cinq étaient atteints de cette dernière affection; le cinquième souffrait d'un furoncle, au voisinage du point malade. Morel fait observer que dans les fosses nasales, les larves réduisent bientôt les tissus et la muqueuse à l'état de bouillie, et que les cartilages et les os ainsi découverts ne tardent pas à se nécroser. Son article est surtout remarquable en ce qu'il recommande, d'après le pharmacien Dauzat, l'emploi du chloroforme comme spécifique, pour la destruction des larves. Il conseille de mêler au chloroforme, la moitié de son volume d'eau; on doit agiter le mélange et faire une injection dans les fosses nasales, avant que les deux liquides aient eu le temps de se séparer. Morel fait observer que tous les malades qui ont été traités de cette façon ont guéri comme par magie, un seul excepté qui vint le consulter trop tard. Les inhalations de chloroformes suffisent d'ordinaire à détacher et à chasser les larves, mais si elles sont profondément situées on doit donner ce médicament en injections.

La maladie d'après Jacob serait très commune chez les indigènes. Ils l'attribuent à un rhume de cerveau négligé; aussi le coryza est-il très redouté parmi eux. Il rapporte un cas fort grave de myase du nez, qu'il réussit à guérir par le chloroforme en injections et en inhalations. Il fit plusieurs fois des injections de chloroforme pur. Bien que la publication de son travail soit postérieure à celui de Morel, il réclame la priorité pour le traitement qu'il aurait inventé à la suite d'expériences sur les vers faites avec Dauzat.

Weber séjourna fort longtemps à Mexico, de 1862 à 1866, et en particulier à Orizaba, Cordova et Montery, mais bien que d'après lui la maladie se présente parfois dans ces diverses localités, il n'eut pas l'occasion d'en observer d'exemples. Les renseignements qu'il donne dans son travail sont les résultats de communications verbales du Dr Gonzalès et ont été puisées aussi dans les travaux de ce dernier. L'Orizaba est la plus haute altitude à laquelle on observe la mouche qui produit cette affection; cette ville est située à 1,200 mètres au-dessus du niveau de la mer, mais la maladie est surtout fréquente à Acatlan, une des villes les plus chaudes située dans la partie sud de la province de Puebla. La maladie ne paraît pas très commune à Mexico, car en l'espace de vingt ans, Gonzalès n'a pu en réunir que quinze cas; sur ce nombre, on compte six morts, quatre guérisons avec destruction plus ou moins complète du nez, cinq guérirent sans difformité. Le symptôme d'après lui le plus pénible, est l'insomnie qui résulte des mouvements des vers dans le nez pendant la nuit. Chez les malades observés par cet auteur, il a vu les fosses nasales, les sinus frontaux, les orbites, la bouche, parfois aussi les muscles et la peau de la face attaqués par la maladie; une fois même la face tout entière fut détruite.

Gonzalès raconte le cas d'un jeune homme qui voyant une mouche bourdonner[1] autour de lui, essaya de la chasser sans pouvoir y réussir, et elle se précipita avec une grande force dans l'ouverture des fosses nasales. Un éternuement violent survint bientôt qui délogea l'insecte. Il ressentit presque immédiatement des fourmillements dans le nez, éprouva de légers accès fébriles et rendit peu après une douzaine de larves volumineuses. Le malade souffrit d'insomnie et vit survenir des épistaxis à la suite des injections nasales, qu'il fut obligé de faire. Il sortit plus tard de son nez cent trente-quatre vers, en dehors de ceux qu'il avait déjà rendus avant de commencer un traitement. Il quitta l'hôpital absolument guéri, le 4 septembre; il y était entré le 28 du mois précédent. On peut juger par là de la rapidité avec laquelle évolue l'affection dans les cas favorables.

Faisons observer en terminant cette analyse des travaux des médecins français à Mexico, qu'aucun d'entre eux n'a fait de recherches spéciales au sujet de l'histoire naturelle de la mouche qui cause de si grands ravages. Le sujet est simplement indiqué

[1] Moquin-Tandon fait observer (*op. cit.*, p. 225) qu'on peut voir souvent des taons voltiger autour des moutons, cherchant à entrer dans leur nez; le mouton de son côté appuye son museau contre le sol pour empêcher l'insecte d'y pénétrer.

par Weber, qui fait observer qu'il accepte entièrement la description de l'insecte, telle que l'a donnée Coquerel.

Frantzius, médecin allemand, exerçant dans le pays voisin de *Costa-Rica*, a publié quelques remarques importantes sur l'affection que nous étudions en ce moment. Il fait observer que les éternuements sont un symptôme constant et précoce. Il les attribue à la sensation de chatouillement, produite par les mouvements de glissement des larves qui cherchent à se créer un nid convenable. Il existe presque toujours du gonflement et une légère rougeur de la face, mais l'écoulement fétide, séro-sanguinolent des fosses nasales qui, d'après cet auteur, ne devient purulent qu'après la sortie des larves, est un syptôme caractéristique de l'affection. Les larves occupent de préférence le plancher des fosses nasales, en particulier la partie postérieure, d'où le gonflement du voile du palais que l'on observe fréquemment. Il existe d'ordinaire un peu de fièvre en même temps que de l'anorexie et parfois de la diarrhée. La douleur frontale que l'on observe souvent ne serait pas due, d'après Frantzius, à la présence des larves dans les sinus, mais à l'extension du processus inflammatoire à la muqueuse qui tapisse ces cavités. Dans un cas, il a extrait une dizaine de larves, dans d'autres de trente à cinquante. Dans le seul cas par lui observé qui s'est terminé par la mort, il en était sorti une centaine. La malade était une vieille femme, et Frantzius fait observer à ce propos que la maladie est beaucoup plus grave quand elle survient chez des gens âgés et débilités. La destruction considérable des tissus du nez, l'écoulement incessant, la céphalalgie violente, la perte du sommeil, tout en effet tend à diminuer la résistance vitale. Il recommande les insufflations de poudre de calomel et de craie (en parties égales) et l'ablation des larves à l'aide de pinces; il fait observer à ce sujet qu'elles sont pelotonnées entre elles, ce qui facilite cette opération. Frantzius n'attache pas une grande importance à la plupart des remèdes qui ont été recommandés dans les cas de ce genre; il croit que l'apparente efficacité de la plupart d'entre eux tient à ce fait que lorsqu'on les prescrit les vers ont atteint la limite extrême de leur vie à l'état de larve [1].

En dehors des exemples observés par les auteurs anciens et que nous avons mentionnés à l'historique, nous devons en citer quatre autres rapportés dans le courant de ce siècle comme étant survenus en *Europe*. Petrequin, lors d'un voyage en Italie, en

[1] Frantzius paraît avoir été sous cette impression erronée que les larves arrivées à leur maturité quittent leur premier habitat pour se construire un cocon. Nous donnerons à l'étiologie l'histoire naturelle exacte de l'insecte.

observa un cas à l'hôpital de Sienne. Une femme qui se plaignait d'un gonflement très douloureux de la joue droite, qui avait en même temps un peu de fièvre et un léger délire, rendit par le nez plusieurs petits vers blancs. Chose curieuse, on prescrivit des remèdes anti-helminthiques à l'intérieur et en inhalation. Au bout de huit jours, elle rendit cinquante-huit larves qui plus tard subirent la métamorphose et devinrent des *Lucilies*.

Mankiewicz, médecin de Berlin, fut amené par la lecture du travail de Frantzius dont nous avons donné un extrait, à publier l'observation suivante : chez un enfant délicat âgé de neuf ans, et atteint d'ozène strumeux, il constata adhérents à la cloison une énorme quantité de petits vers ; il ne fut possible de les extraire qu'après un badigeonnage avec une solution du baume du Pérou. Le malade guérit complètement, mais avec une destruction du bout du nez.

Moquin-Tamdon lui aussi a rapporté les deux exemples suivants : Le premier fut observé par le Dr d'Astros d'Aix, en Provence. Il s'agit d'une femme qui s'était endormie dans un champ ; elle supposa que pendant son sommeil la mouche avait déposé ses œufs dans son nez. Bientôt après, elle ressentit une légère douleur au niveau des sinus frontaux, accompagnée d'une sensation de fourmillement à la racine du nez et « d'un bruit qui fut perçu par elle et par *d'autres* analogue à celui que produisent des vers qui rongent le bois (?). Elle eut une épistaxis grave à la suite de laquelle elle expulsa cent treize larves. — Le second cas survint chez un enfant de neuf ans, le malade eut de violents maux de tête et des convulsions, et fut guéri par des cigarettes d'arséniate de soude.

Le seul cas observé aux *Etats-Unis* a été publié récemment par Prince[1] de Jacksonville, Illinois: une mouche déposa ses œufs dans l'intérieur des fosses nasales d'un fermier hollandais atteint d'ozène. Peu après les larves se développèrent ; un érysipèle et de l'œdème du nez et des parties de la face voisines du nez, vinrent compliquer l'affection. On fit avec de l'eau des injections qui furent absolument inefficaces, et l'on dut extraire peu à peu les larves avec des pinces. Elles avaient complètement mis à nu la plus grande partie de la charpente osseuse du nez ; l'auteur affirme que l'ozène fut par ce fait complètement guéri.

Etiologie. — On n'observe guère cette maladie que sous les tropiques. Les hautes altitudes en raison du froid qui y règne, même dans les climats chauds, sont exemptes de cette affection.

[1] *Philad. Med. News.* 14 octobre 1882, p. 445.

Les observations de Gonzalès que nous avons déjà rapportées démontrent que même à Mexico, elle ne se rencontre pas à une altitude supérieure à 1,200 mètres au-dessus du niveau de la mer. On n'a observé en Europe, qu'un petit nombre de cas de cette affection. Il n'est pas douteux que la maladie ne soit produite par une mouche (voisine de notre mouche bleue et de notre mouche carnassière) qui dépose ses œufs dans l'intérieur ou au voisinage de l'orifice des fosses nasales. Ces insectes ont l'habitude de déposer leurs œufs sur les viandes en putréfaction où les larves qui en résultent trouvent la nourriture nécessaire à leur développement; leur instinct les trompe quelquefois, comme cela arrive pour la mouche bleue, qui parfois dépose ses œufs sur l'*arum dracunculus,* trompée qu'elle est par l'odeur cadavérique qui se dégage de cette plante. C'est probablement par une erreur semblable de son instinct, que la mouche des climats chauds dépose ses œufs dans l'intérieur des fosses nasales. Il n'est pas douteux que l'odeur fétide dégagée par la muqueuse nasale n'attire l'insecte, il est probable que les œufs ne sont déposés qu'accidentellement sur une muqueuse saine. Nous avons déjà fait observer que le terme « Peenash » désigne un grand nombre d'états morbides de la muqueuse des fosses nasales. De fait, ce mot correspond au terme vague « ozène »[1] tel qu'il était compris autrefois par les anciens médecins européens, avec cette seule différence que, dans les cas de « Peenash », il existe parfois des larves. Voici la description de la *Lucilia hominivora:* La mouche a 9 millimètres environ de longueur, ses antennes et la partie antérieure de la face ont une coloration tannée, et les parties latérales sont recouvertes d'un duvet jaune doré. La tête est grande, plus large en avant qu'en arrière, le thorax d'un bleu sombre est strié de raies jaunes et noires, l'abdomen a la même couleur. Les pattes sont noires, les ailes transparentes. La larve est d'un blanc terne, elle a 14 à 15 millimètres de long sur 3 ou 4 d'épaisseur; elle est plus mince en avant qu'en arrière. Elle présente 11 segments; la partie la plus large de son corps corres-

[1] Voy. p. 139.

pond au sixième. La tête ne peut être distinguée du premier segment, les yeux n'existent pas, la bouche est formée par une espèce de lèvre sur laquelle on distingue près de la ligne médiane 2 mandibules cornées placées l'une à côté de l'autre; les

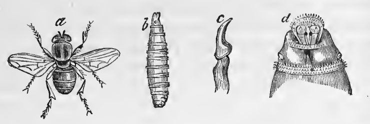


FIG. 75.

crochets des mandibules sont très effilés, séparés l'un de l'autre en dehors, mais étroitement unis dans l'intérieur des tissus. De chaque côté du premier segment, on trouve une plaque corne brune qui recouvre l'orifice des stigmates supérieurs. A la base de chaque segment, il existe une partie saillante recouverte de petites épines fort nombreuses et étroitement unies les unes aux autres.

La description des larves donnée par Mac Gregor, ressemble exactement à celle de Coquerel, mais le vers décrit par Lahory aurait, paraît-il, des yeux. Comme ces organes n'existent ni dans la larve de la *Lucilia hominivora*, ni dans celle de la *Lucilia César* (mouche bleue commune), nous devons en conclure que la larve observée par Lahory appartenait à une autre espèce ou que cet observateur s'est trompé. Il dit aussi que les larves sont confinées dans l'intérieur de kystes membraneux, tandis qu'Ohdedar prétend qu'il existe un nid distinct pour chaque ver.

Il existe en Europe, 3 espèces de mouches appartenant toutes à l'ordre des *Muscidées* qui peuvent déposer leurs œufs dans l'intérieur ou au voisinage du nez, ce sont : la *Sarcophaga,* la *Calliphora* et la *Lucilia.* La *Sarcophaga* est noire; son thorax, cependant, présente des raies grises et son abdomen est tacheté comme un cheval pie. L'insecte a une petite tête, les crêtes de ses antennes sont velues. La femelle est vivipare,

les larves naissent dans l'oviducte. Les ovaires contiennent souvent plus de 20,000 œufs. Les larves sont apodes, blanches, charnues, plus minces en avant qu'à la partie postérieure. — La *Calliphora* ou *Vomitoria*, grosse mouche carnassière commune, est trop connue pour qu'il soit utile de la décrire ; ses larves sont blanches, tronquées obliquement à leur partie postérieure. Elles n'ont pas de pieds, mais présentent 2 cornes charnues sur la tête et 2 crochets charnus à la base. Sur le dernier segment du corps, on trouve 11 points alignés en forme de raies.

La *Lucilia* est la mouche bleue ordinaire.

Les larves des *diptères* se développent en 7 ou 8 jours en Europe. Chez les *muscidées*, la larve se métamorphose en nymphe, en dedans de la peau de la larve qui se contracte en un fourreau cylindrique qui remplit le rôle de cocon. Les mouches pondent presque toujours leurs œufs au fort de la lumière et de la chaleur du jour.

Symptômes. — Aussitôt après la ponte la muqueuse devient très irritable, elle est le siège d'une sensation continue de chatouillement, les éternuements sont un symptôme très commun. Bientôt après, le chatouillement devient très pénible, et le malade ressent des grouillements et des fourmillements. Ces symptômes s'accompagnent le plus souvent d'un écoulement sanieux, sanguinolent et les épistaxis surviennent fréquemment. L'œdème de la face, des paupières en particulier, est un symptôme constant ; on observe, dans quelques cas, du gonflement du voile du palais. Quelquefois, mais rarement, on voit se former sur la peau du nez de petites tumeurs qui s'ouvrent et donnent passage aux larves. La douleur est intense et constante, elle a surtout pour siège la racine du nez et les sinus frontaux. La céphalalgie se produit par battements. Dans les Indes et à Cayenne, on la compare à celle que pourraient produire des coups portés sur la tête avec un maillet ou une barre de fer. Dans certains cas, la douleur est continue et produit une insomnie des plus pénibles ; elle est parfois intolérable et pousse le malade au suicide.

Les éternuements amènent parfois les larves au dehors. On peut les voir grouiller au milieu de mucosités fétides. On se fera une juste idée des désordres et de la perte de substance que les larves peuvent déterminer, si l'on songe que, dans chaque cas particulier, les malades en ont expulsé jusqu'à 2 ou 300 [1]. Non seulement la muqueuse est détruite, mais les cartilages et les os du nez et du crâne se carient. Dans les cas mortels, les convulsions et le coma viennent mettre un terme à la vie du malade.

Diagnostic. — Bien que bon nombre de symptômes puissent faire soupçonner cette affection, seule, la présence des larves peut donner la certitude.

Anatomie pathologique.— Nous avons décrit dans la symptomatologie les modifications morbides qui se produisent dans la myase des fosses nasales; il ne nous reste plus qu'à faire observer que, lorsqu'on n'intervient pas assez à temps, non seulement les parties molles, mais l'ethmoïde, le sphénoïde et les os du palais sont détruits par la carie et qu'après la mort on trouve les méninges très enflammées. Il existe au muséum du collège médical de Calcutta [2] une section du crâne d'un individu mort de Peenash, dans lequel on trouva un grand nombre de larves dans le sphénoïde et l'ethmoïde.

Pronostic. — Lorsqu'on la néglige, cette maladie est probablement toujours dangereuse, dans les pays inter-tropicaux. Le pronostic fatal varie cependant beaucoup avec les différentes contrées, car, tandis que Lahory n'a observé que 2 cas de mort sur 90 malades, sur 6 observés par Saint-Pair, il en succomba 3.

[1] Linné fait observer qu'il existe « trois espèces de mouches qui dévorent le cadavre du cheval aussi rapidement que le ferait un lion ». (*Syst. Nat. Ed. Decima tertia.* Lipsiæ, 1788, t. I, pars V, p. 2, 840.) Cette puissance extraordinaire de destruction est due à la rapidité avec laquelle ces insectes parcourent les différents stades de leur développement, et à l'énorme quantité d'œufs qu'ils déposent à chaque cycle et quand ils sont complètement développés.

[2] Voyez : *Indian Annals of Med. sc.* Octobre 1855.

On peut expliquer cette différence par le fait qu'on a peut-être décrit sous le nom de « Peenash » des affections dans lesquelles il n'existait pas de larves, et où il ne s'agissait que de la syphilis du nez ou simplement d'un catarrhe sec (ozène).

Traitement. — La découverte de Dauzat sur les effets bienfaisants du chloroforme mettront sans doute ce médicament au-dessus de tous les autres dans le traitement de cette affection. Les *inhalations* de chloroforme suffisent souvent à guérir le malade ; mais si les larves résistent à ce mode d'administration, on peut insensibiliser le malade et *injecter* ensuite dans les fosses nasales de l'eau et du chloroforme en parties égales ; ou, si ce moyen ne suffit pas, *pratiquer dans le nez des injections de chloroforme pur*. Le chloroforme non dilué ne paraît pas avoir de fâcheux effets sur la muqueuse, mais il produit une douleur très grande si le malade n'a pas été préalablement anesthésié. Les remèdes employés autrefois, tels que les injections de térébenthine, d'infusion de tabac et de jus de citron, les insufflations de calomel, les applications locales de baume du Pérou, ne paraissent pas produire des effets comparables à ceux du chloroforme. On ne doit pas négliger le traitement général : on donnera de l'opium pour calmer la douleur et faire dormir le malade ; si la myase est compliquée de syphilis, on devra administrer de l'iodure de potassium. Les stimulants et une nourriture généreuse soutiendront les forces du malade.

Dans l'article qui précède, nous avons étudié les désordres que produit dans le nez le développement des larves des *Muscidées* et il est très rare que d'autres *diptères* déposent leurs œufs dans l'intérieur des fosses nasales. Il existe cependant quelques cas rapportés avant qu'on n'eût étudié scientifiquement l'entomologie dans lesquels des larves de taon (*Œstrus ovis*) et celles « leather-eater » (*Dermestes*) se seraient attaquées aux fosses nasales[1].

[1] Hope (cité par Moquin-Tandon : *Elem. de zool. méd.*, p. 217) rapporte un cas dans lequel la mort aurait été le résultat de la présence

Le taon est le parasite ordinaire du mouton et de la chèvre dans les narines desquels il dépose presque constamment ses œufs. Moquin-Tandon nie qu'il existe aucun cas dans lequel cet insecte se soit attaqué à l'homme; mais l'exemple suivant rapporté par Razoux[1] démontre que cet accident peut se produire. Une femme est prise subitement d'une fièvre violente, ses yeux sont enflammés, sa peau sèche, elle éprouve une céphalalgie frontale qui augmente graduellement. Un émétique prescrit n'améliore pas son état. Mais bientôt surviennent des éternuements violents et la malade expulse 62 larves de taon. Un cas tout à fait récent a été publié par Kirschmann[2]. Une femme de la campagne est prise subitement d'une épistaxis qui dura 3 jours. Le sang s'écoulait par la narine gauche, la droite était énormément gonflée. On arrêta l'hémorrhagie à l'aide d'injection de perchlorure de fer, et ce traitement fut suivi de l'expulsion de larves de l'*Œstrus Ovis*. La malade guérit. On cite 2 exemples dans lesquels des larves de *Dermestes* paraissent s'être développées dans les fosses nasales. Le premier[3] concerne une jeune femme, qui éprouva de violents maux de tête et fut complètement guérie après l'expulsion de 5 larves, velues et d'un rouge brun. Dans le second[4], un homme souffrant, d'une céphalalgie intense, eut des epistaxis pendant 3 jours. L'expulsion hors des fosses nasales de 18 petites larves velues, fit disparaître tous les symptômes.

d'un ver de farine (Tenebrio molitor) dans les fosses nasales, mais comme cette larve se nourrit de substances végétales, on ne doit accepter le fait que sous toutes réserves.

[1] *Journal de médecine* (Roux), t. IX, p. 353.

[2] *Wien Med. Wochenschrift.* 1881, 3 décembre.

[3] Paullini : *Ephem. Acad. nat. Curios.* Déc. II, ann. V, append., p. 63, obs. 101.

[4] Wohlfahrt : *Observ. de vermibus per nares excretis.* Halæ Magdeburgicæ, 1768, p. 3 et suivantes. Ce dernier cas est suivi de quelques bonnes planches.

ENTOMOZOAIRES DES FOSSES NASALES

Ce sujet est plutôt du domaine des curiosités de la littérature médicale que de celui de la pathologie ordinaire, mais parmi les entomozoaires qui peuvent accidentellement se loger dans les fosses nasales, nous pouvons citer les sangsues, les ascarides, les mille-pattes et les cure-oreilles.

Il est probable qu'autrefois, quand on faisait des sangsues un si grand usage, la pénétration de cet animal dans les fosses nasales ne devait pas être rare. Il était facile de les apercevoir en raison de leur taille et probablement aussi de les enlever avec des pinces ou de les chasser par des injections. Qu'elles aient pénétré plusieurs fois dans le nez, le fait est plus que probable en raison des vives discussions qui eurent lieu au quinzième et au seixième siècle, à l'effet de savoir si les sangsues pouvaient passer des fosses nasales dans le cerveau. Autant que j'ai pu m'en assurer, il n'existe cependant que deux cas dans lesquels il soit fait mention du passage d'une sangsue dans le nez.

Le premier est de Lusitanus[1] : il raconte que chez un homme souffrant d'une céphalalgie très intense, après que tous les autres traitements eurent échoué, on appliqua une sangsue à la partie antérieure du nez. L'animal pénétra par accident dans les fosses nasales ; il fut impossible de l'extraire et deux jours après le malade mourut.

Dans l'autre cas[2] un étudiant qui souffrait d'une violente céphalalgie accompagnée d'épistaxis et d'éternûment, fut guéri de son mal après l'expulsion, hors des fosses nasales, d'un vers qui ressemblait exactement à une sangsue.

Après la mort[3], on trouve parfois des ascarides dans les

[1] *De Praxi admirandâ.* Lib. III, obs. 61. Amst., 1641.

[2] *Ephem. Acad. nat. curios.* Déc. II, ann. I, obs. 99.

[3] Troja (*Rarissima Observatio de magno lumbrico in frontali sinu reperto et totam ejus cavitatem replente.* Napoli, 1771) trouva sur un cadavre la cavité tout entière d'un des sinus frontaux occupée par une ascaride

fosses nasales, comme aussi dans le larynx et la trachée, mais dans ces derniers cas, il n'y pas de doute que les vers n'aient pénétré du tube intestinal dans les voies aériennes immédiatement après la mort du malade ; il est très probable qu'il en est de même pour les fosses nasales. On rapporte cependant quelques cas de vers rejetés par le nez pendant la vie. Ainsi, Benvenius [1] cite le cas d'un individu qui fut pris de délire et de convulsions et paraissait sur le point de mourir ; il guérit complètement après l'expulsion par la narine droite d'un ver long de cinq pouces : Forest [2], Lanzoni [3], Langelott [4], Tulpe [5], Fehr [6], Behr [7], Bruckmann [8], Albrecht [9], Habber [10] et Lange [11] ont aussi rapporté des cas d'*Ascaris Lumbricoïdes* rejeté par le nez.

On a publié de nombreux exemples de mille-pattes qui ont séjourné des mois et même des années dans les fosses nasales ou les sinus voisins ; Tiedeman [12] en a réuni dix. La plupart des malades éprouvent des maux de têtes excessifs, et quelquefois du vertige et des tremblements.

Maréchal, de Metz [13], a observé un malade qui expulsa de ses

volumineuse. Wrisberg (*in Blumenbach's* « *Prolusio anatomica de sinibus frontalibus.* » Gottingæ, 1779, p. 425) a lui aussi, rencontré un exemple semblable. Deschamps (*Maladies des fosses nasales*, 1804, p. 307) a, lui aussi, rapporté un cas dans lequel un *Ascaride lumbricoïde* fut trouvé dans l'antre après la mort.

[1] *Med. obs. Exempl.* Coloniæ, 1581.

[2] *Obs. et cur. Med.* Lib. XXVII, obs. 28, p. 351.

[3] *Ephem. Acad. nat. Curios.* Déc. III, ann. III, obs. 38.

[4] Thomæ Bartolini : *Epist. med.* Cent. II, épist. 74, p. 640.

[5] *Observat. med.* Lib. IV, cap. XII.

[6] *Ephem. Acad nat. Curios.* Dec. III, ann. III, p. 261.

[7] *Act. physico. med. Acad. nat. Curios.* T. IV, obs. 30, p. 111.

[8] *Commer. Noricum.* T. IX, ann. 1739, art. 1, p. 113.

[9] *Act. physico. Med. Acad. nat. Curios.* T. IV, obs. 51, p. 158.

[10] *Haarlem Verhadl.* Bd. X, Heft 2, p. 465.

[11] *Blumenbach's Medizinische Bibliothek.* Gottingen, 1788, Bd. III, p. 154.

[12] *Würmer in den Geruchsorganen.* Mannhein, 1844.

[13] Moquin-Tandon, p. 217. Voir aussi Coquerel, *loc. cit.*, p. 525. Un cas semblable est rapporté dans l'« *Hist. de l'Acad. des sciences* ». Paris, 1709, p. 42.

fosses nasales un mille-pattes mesurant 6 centimètres de longueur. La malade était la femme d'un fermier, elle souffrait de fourmillements dans le nez d'une écoulement abondant de mucosités striées de sang, et d'une céphalalgie intense qu'elle comparait à des coups répétés portés sur la tête à l'aide d'un marteau. Elle éprouvait aussi un écoulement constant de larmes et des vomissements. L'infortunée malade était souvent dans un état d'excitation extrême le moindre bruit était pour elle une grande torture. Il y avait des périodes de rémission, mais elle avait cinq ou six attaques par jour, et plusieurs pendant la nuit. Une d'elles dura quinze jours sans discontinuer. Au bout d'un an seulement le mille-pattes fut expulsé. Il fut reconnu pour être le *scolopendron electricum.*

Les cure-oreilles ne se trouvent que dans les climats tempérés, et c'est seulement pendant les mois de l'automne, alors que les gens de la basse classe couchent à la belle étoile, que ces animaux peuvent parfois s'introduire dans le nez. Je n'ai eu connaissance que d'un seul cas rapporté par Sandifort [1], il s'agit d'une femme aimant beaucoup l'odeur des fleurs très parfumées, qui fut prise soudain d'une vive douleur à la partie droite du front, cette douleur fut suivie d'une écoulement fétide du nez. A la suite d'inhalations chaudes, elle expulsa un cure-oreille vivant, toute douleur et tout écoulement cessèrent aussitôt.

Les symptômes que déterminent les divers entomozoaires sont : l'insomnie, la douleur de la partie inférieure du front, un écoulement sanieux des fosses nasales, des vomissements, des larmes et parfois une grande excitation cérébrale.

Les sternutatoires amènent ordinairement la guérison et dans un ou deux cas l'expulsion de l'animal eut lieu après des éternuements spontanés. Dans certains cas cependant si l'animal pénètre dans les sinus frontaux, il peut être nécessaire de pratiquer la trépanation. Morgagni [2] rapporte un cas dans lequel César Magatus pratiqua cette opération avec succès.

[1] *Exercitatio Acad.* Lugd. Bat., 1785, lib. II, cap. XVII, p. 130. De forficulâ vivâ naribus excussâ.

[2] *De sed. et caus. morborum.* Lib. I, art. IX. Lugd. Batav., 1767, t. I, p. 12.

ANOSMIE

Latin Eq. — Odoratus perditus.
Anglais Eq. — Anosmia.
Allemand Eq. Verlust des Geruchsinns.
Italien Eq. — Perdita del odorato.

DÉFINITION. — *Perte ou affaiblissement de l'odorat primitivement causée par une affection des nerfs ou des lobes olfactifs ou de leurs centres cérébraux*[1].

[1] Bérard rapporte un remarquable exemple (*Journal de physiologie expérimentale et pathologique*, 1825, t. V, p. 17 et suivantes), il s'agit d'un homme dont le sens de l'odorat avait toujours été parfait et chez lequel à l'autopsie on trouva une destruction complète non seulement des nerfs olfactifs, mais encore des lobes olfactifs, des pédicules qui les unissent à l'hémisphère au-devant de la scissure du Sylvius, de la scissure elle-même, en un mot de toute la région olfactive. Les motifs qui lui font affirmer que le malade avait conservé intact le sens de l'odorat sont les suivants, d'abord, il pouvait apprécier parfaitement la différence entre les diverses espèces de prises, en second lieu il fut gêné par l'odeur qu'exhalait un abcès dont il souffrit dans sa dernière maladie. Le fait toutefois ne me paraît pas d'une évidence absolue; la sensation agréable qu'il éprouvait en prenant une prise, dépendait simplement de l'excitation produite sur les branches de la cinquième paire dont l'activité fonctionnelle était sans doute exagérée en raison de la destruction du nerf olfactif. (Voyez la note 1, p. 321.) Il est plus difficile d'expliquer la gêne qui résultait pour le malade de l'odeur produite par son abcès, il est possible qu'elle fût due à toute autre cause qu'à l'odeur. *Il ne paraît pas avoir affirmé pendant la vie percevoir les sensations d'odeur*, et ce dernier fait, à mon sens, enlève toute valeur à cette observation. Desmoulins commentant ce fait, rapporte (*loc. cit.* p. 17) le cas d'un malade qui avait entièrement perdu l'odorat d'un seul côté, bien que les nerfs olfactifs, les lobes et les parties voisines du cerveau fussent complètement sains, mais le ganglion du nerf de la cinquième paire de ce même côté était dégénéré, la substance grise était détruite et les filets nerveux ramollis et altérés. L'auteur n'ajoute pas quelles furent les substances employées pour acquérir la certitude de la perte de l'odorat chez ce malade, mais l'expérience ne prouve absolument rien, si l'on fit usage d'ammoniaque ou de toute autre vapeur caustique, communément employée à cette époque. Althaus a publié une fort complète et fort intéressante observation (*Méd. chir. Trans.* 1869, vol. III, p. 27), dans laquelle la muqueuse du nez était complètement insensible au contact des corps durs et même des instruments tranchants, mais le

Historique. — Bonet[1] a recueilli plusieurs cas d'anosmie congénitale ou acquise, et Bauer[2] en 1751 fit sa thèse sur la perte de l'odorat; au commencement de ce siècle, Deschamps[3] rapporta plusieurs observations fort curieuses de cette affection. Le sujet fut traité d'une façon complète et avec de grands détails par Cloquet[4], en 1821, dans un ouvrage particulièrement consacré à l'étude du sens de l'odorat. Graves[5], en 1834 rapporte un frappant exemple de l'abolition de ce sens par une excitation trop forte, et bientôt après, Pressat[6] publiait un cas d'absence congénitale des nerfs olfactifs, avec anosmie complète. Quelques observations fort complètes d'atrophie sénile des nerfs olfactifs ont été faites en 1866, par Prévost[7]; et Notta[8] écrivit, en 1870, un essai sur les différentes affections du sens de l'odorat, et sur les causes qui les produisent. Dans la même année, un article très consciencieux sur l'anosmie était publié par William Ogle[9]. Le sujet a été récemment traité par Althaus[10].

Etiologie. — Une affection, une lésion quelconque des nerfs, des lobes ou des centres olfactifs suffit à détruire le sens de l'odorat; mais, pour que l'olfaction puisse s'accomplir d'un façon normale, il faut encore que certaines conditions secondaires persistent. Non seulement l'intégrité des nerfs de la cinquième et de la septième paire est nécessaire, mais encore il ne doit exister aucune obstruction mécanique des fosses nasales pouvant empêcher les particules odorantes d'arriver jusqu'à la région olfactive; de plus, la membrane de

sens de l'odorat était parfaitement normal; le malade n'éprouvait aucune difficulté à reconnaître les différentes variétés de parfums qu'on lui faisait sentir.

[1] *Sepulchretum*. Genevæ, 1700, t. I, p. 441 et suivantes.

[2] *De odoratu abolito*. Altorfii Noricorum, 1751. Parfois cité, comme étant l'œuvre de Jantke, qui eut la présidence de cette thèse.

[3] *Maladies des fosses nasales*. Paris, an XII (1804), p. 56.

[4] *Osphrésiologie*. Paris, 1821.

[5] *Dublin Journ. of Med. Sciences*. 1834, n° 16.

[6] *Obs. d'un cas d'absence du nerf olfactif*. Thèse de Paris, 18 décembre 1837.

[7] *Gaz. médicale*. 1866, n° 37, p. 597 et suivantes.

[8] *Arch. gén.* 1870, t. I, p. 385 et suivantes.

[9] *Med. chir. trans.* 1870, vol. LIII, p. 263 et suivantes.

[10] *Lancet*, 14 et 21 mai 1881.

Schneider doit conserver sa lubréfaction normale. Il est, en outre, très probable que la présence de pigment dans les cellules olfactives de Schultze est une condition nécessaire pour que le sens de l'odorat fonctionne d'une façon normale.

On rapporte des cas dans lesquels, l'action prolongée d'odeurs très désagréables sur les nerfs olfactifs a été la cause de la perte de l'odorat; il est fort probable que les odeurs de ce genre agissent en produisant une excitation excessive du nerf, de même que l'action d'une vive lumière sur la rétine peut déterminer l'amaurose. Bauer [1] rapporte un cas de cette nature fort remarquable, il s'agit d'un médecin qui perdit le sens de l'odorat pour le reste de ses jours, après avoir disséqué un cadavre, dans un état très avancé de décomposition.

Graves [2] rapporte que pendant la révolte de l'Irlande en 1798, un officier fut chargé de commander quelques soldats, à l'effet de rechercher des armes que l'on supposait avoir été cachées dans un égout infect. Ils y séjournèrent pendant plusieurs heures. Le lendemain, il s'aperçut qu'il avait perdu l'odorat. On pourrait croire, d'après cela, que les ouvriers qui travaillent à curer les égouts doivent parfois être atteints de la même façon; il n'en est rien, d'après les recherches que j'ai faites à ce sujet. Cela tient probablement à ce que, lorsque les égouts sont complètement remplis les ouvriers n'y séjournent que peu de temps [3].

Les inhalations de vapeurs ammoniacales ou d'autres vapeurs irritantes peuvent également agir sur les terminaisons nerveuses de l'olfactif et déterminer des troubles sérieux de cette fonction. Le tabac à priser agit aussi parfois de la même manière [4]. J'ai observé deux cas dans lesquels les irrigations nasales avaient déterminé une anosmie permanente.

[1] *Op. cit.*, p. 188.

[2] *Dub. Journ.* 1834, n° 16.

[3] Un surintendant des égouts qui avait passé dans ces souterrains une bonne partie de sa vie m'a affirmé que les égouts étaient ordinairement moins infects que la plupart des fosses d'aisance particulières.

[4] *Virchow's Arch.* 1868, Bd. XLI, p. 290.

Wendt[1] rapporte trois cas parvenus à sa connaissance dans lesquels le sens de l'odorat fut détruit d'une façon permanente par l'usage de poudre d'alun.

Stricker[2] rapporte une observation dans laquelle la perte de l'odorat paraît avoir été la conséquence de l'action de l'éther sulfurique sur les nerfs olfactifs. Le malade était un entomologiste qui passait une grande partie de la journée à collectionner des insectes, qu'il tuait à l'aide de cette substance. L'anosmie peut accompagner parfois la névralgie[3]. Maurice Raynaud[4] a observé un cas dans lequel la perte de l'odorat arrivait périodiquement; la malade était une femme de trente-huit ans qui perdait l'odorat toutes les vingt-quatre heures depuis quatre heures de l'après-midi jusqu'au lendemain à dix heures.

La malade ne présentait pas le moindre symptôme d'hystérie, mais elle avait souffert autrefois d'une névralgie crurale, qui fut guérie par la quinine. La cause la plus commune d'anosmie est le catarrhe prolongé[5], il est peu de praticiens qui n'en aient rencontré quelques exemples. Dans ces cas-là les bâtonnets olfactifs de Schultze sont probablement détruits par l'organisation fibreuse de l'exsudat inflammatoire[6].

J.-P. Frank[7] rapporte un exemple remarquable, mais sans aucun détail, et dans lequel il affirme que « la perte du goût et de l'odorat, fut le résultat du dépôt de matière rhumatismale (?) sur le nez et langue ». Il s'agit probablement dans ce cas de membrane diphthéritique, il est difficile de comprendre autrement leur nature.

[1] *Ziemssen's cyclopædia*. Vol. VII, p. 56.

[2] *Vichow's Arch.* 1868. Bd. XLI, p. 290.

[3] Notta : *Archives gén.* 1870, vol. I, p. 385 et suivantes.

[4] *Union méd.* 10 juillet 1879.

[5] *Ephem. nat. Curios.* Dec. III, ann. IV, obs. 3.

[6] Nous avons vu l'anosmie se produire aussi à la suite d'un coryza aigu intense et de la grippe. (Note des traducteurs.)

[7] *De curandis hominum morbis.* Mannhemii, 1793, lib. V, p. 132.

Les bulbes olfactifs en raison de leur faible consistance ont été parfois séparés du cerveau par des coups portés sur la tête. Ces accidents sont parfois accompagnés de contusion du cerveau, et l'anosmie est alors associée à la surdité, à des bourdonnements, et même à des saignements d'oreille ; dans ce dernier cas, il existe probablement une fracture du crâne, mais il est des cas où l'abolition momentanée du sentiment et la perte de l'odorat, sont les seuls symptômes observés. Les cas de ce genre sont loin d'être rares et Notta [1] en a décrit plusieurs.

J'ai eu moi-même l'occasion d'observer un cas de ce genre : le malade était un médecin qui fut précipité de voiture avec une force considérable, et fit une chute sur la tête. Il resta quelques minutes sans connaissance et s'aperçut le jour suivant qu'il avait perdu l'odorat. Bien que plus tard il se soit complètement remis de sa chute, l'anosmie a toujours persisté.

Une paralysie longtemps prolongée des nerfs de la cinquième paire, qui tient sous sa dépendance la nutrition de la muqueuse, peut déterminer des modifications secondaires dans les terminaisons nerveuses de l'olfactif et causer ainsi une anosmie véritable. Dans les cas de paralysie de la septième paire (portio dura) le malade est incapable de sentir pour deux raisons, d'abord, parce qu'il ne peut amener au contact de la muqueuse les particules odorantes, et ensuite parce que la paralysie de l'orbiculaire des paupières permet aux larmes de couler sur les joues au lieu de passer par les conduits lacrymaux, déterminant ainsi une sécheresse de la muqueuse, qui enlève à l'olfactif la faculté de percevoir les odeurs.

C'est dans les cas de polypes du nez et d'hypertrophie de la muqueuse, que l'on observe l'influence de l'obstruction des fosses nasales sur la production du sens de l'odorat. Toutefois lorsque cette obstruction est le résultat de tumeurs nasales ou naso-pharyngiennes, ou provient d'adhérences qui ferment les arrière-fosses nasales, le malade peut encore sentir les substances odorantes placées près des narines, mais lorsqu'il

[1] *Loc. cit.* Voyez aussi un cas *Ephem. nat. Cur.*, ann. IV, obs. 3.

mange il est incapable de percevoir la saveur des mets, il s'imagine alors avoir perdu le sens du goût.

L'humidité de la muqueuse nasale est aussi nécessaire à la perception des odeurs que celle de la langue à la perception des saveurs. Nous avons déjà fait observer l'influence qu'exerce à ce sujet la paralysie des nerfs de la septième paire, il nous suffit de rappeler qu'au début du coryza l'arrêt des sécrétions peut amener une anosmie passagère.

La présence du pigment dans les cellules étoilées de Schultze est suivant toutes probabilités absolument nécessaire à l'olfaction, mais autant que je puis l'affirmer, le cas d'Hutchison [1] est le seul que l'on puisse citer chez l'homme à l'appui de cette assertion. Le sujet était un jeune nègre du Kentucki, né de parents nègres et qui jusqu'à l'âge de douze ans, présenta la coloration des téguments caractéristique de la raceafricai ne. A cette époque apparut près de l'œil gauche une tache blanche, qui s'étendit, en l'espace de dix ans à tout le reste du corps, et n'eussent été ses cheveux crêpus, on aurait pu le prendre pour un véritable Européen. Lorsqu'il commença à devenir blanc, il observa une diminution de l'odorat, qui devint complète lorsqu'il fut devenu absolument blanc. Ce cas aurait simplement passé pour une curiosité médicale si William Ogle [2] n'en avait fait remarquer l'importance.

Althaus [3] a rapporté le cas d'un homme d'Etat bien connu qui était albinos, et chez qui l'odorat avait toujours été très faible, il le perdit complètement à l'âge de soixante-trois ans.

Il paraît résulter des recherches de Ogle, que les animaux chez lesquels la pigmentation de la région olfactive est la plus abondante, sont aussi ceux chez lesquels le sens de l'odorat est le plus développé; et chez les hommes de couleur ce sens acquiert un plus haut degré de perfection que chez les blancs. Il va même plus loin et affirme qu'on a souvent observé que les animaux blancs sont plus exposés à manger des plantes

[1] *Amer. Journ. Med. sc.* 1852, vol. XXIII, p. 146 et suivantes.

[2] *Méd. chir. trans.* 1870, vol. III, p. 276.

[3] *Lancet.* 1881, vol. I, p. 813.

vénéneuses[1] que ceux dont le pelage est noir, en raison du moindre développement du sens de l'odorat chez les premiers. Ainsi dans certaines parties de la Virginie les cochons blancs sont empoisonnés par les racines du *Lachnantes tinctoria;* tandis que dans le Tarantin les habitants n'élèvent que des moutons noirs parce que les blancs périssent empoisonnés en mangeant l'*Hypericum crispum* plante fort abondante dans ce pays. On a aussi remarqué que les rhinocéros blancs périssaient empoisonnés par l'*Euphorbia candelabrum* que les noirs se refusent à manger.

Le sens de l'odorat décline en général avec l'âge, probablement en raison de la dégénéresence atrophique que subissent les centres des deux nerfs olfactifs et leur terminaison.

Le défaut d'olfaction est probablement aussi parfois héréditaire[2], Frankenau[3] et Notta[4] ont rapporté des cas dans lesquels l'absence de l'odorat était d'origine congénitale. Il est possible que dans plusieurs de ces cas l'anosmie ait été le résultat d'un catarrhe nasal prolongé de l'enfance; mais cette explication ne peut s'appliquer à tous, car on a observé l'absence congénitale de nerfs olfactifs. (Voy. l'*Anatomie pathologique.*)

En terminant, nous devons admettre qu'il est des cas d'anosmie dans lesquels il est impossible de découvrir la cause de la perte de l'odorat. Plusieurs faits de ce genre ont été rapportés par Notta sous le titre d'*Anosmie essentielle.*

Symptômes. — Le *goût* est si étroitement lié à l'*odorat* que quelques observations préliminaires à propos de ces deux sens nous paraissent indispensables.

Au sens du goût est dévolu le rôle de reconnaître à l'aide de la langue et du palais, si un aliment ou une substance est amère, douce, salée, ou acide. L'appréciation de la *saveur* des mets, du *parfum* des fruits, du bouquet des vins, appartient unique-

[1] *Loc. cit.*, pp. 281, 282.
[2] Breschet : *Dict. des sc. méd.* 1819, vol. XXXVII, p. 241.
[3] *Ephem. nat. Curios.*, Dec III, ann. IV, obs. 3.
[4] *Loc. cit.*

ment à l'odorat. Il est nécessaire d'attirer l'attention sur ces faits, car bon nombre d'auteurs ont commis la faute de décrire des cas de perte du goût, alors qu'il résulte clairement de l'observation qu'il s'agissait de perte de l'odorat. Mais tandis que le sens du goût est rarement diminué, celui de l'odorat au contraire est très souvent perdu, son degré d'acuité varie d'ailleurs beaucoup avec les différentes personnes. Il est généralement faible chez l'enfant, acquiert une grande finesse à l'âge adulte, et comme nous l'avons fait observer diminue beaucoup chez le vieillard. C'est uniquement quand le sens de l'odorat est absolument perdu que le pouvoir de distinguer les nuances du goût est détruit; des gens qui sont incapables de percevoir les odeurs éparses dans l'atmosphère, ont souvent un goût très fin et perçoivent parfaitement la saveur des aliments. La perte de l'odorat peut être unie ou bilatérale, et dans le premier cas, elle constitue un symptôme important, car elle indique une lésion localisée du cerveau ou une affection de la partie supérieure des fosses nasales.

On doit remarquer que dans l'anosmie la muqueuse est parfois plus sensible à l'action des substances irritantes que dans les cas où les nerfs de l'olfaction sont intacts [1].

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de l'anosmie est encore très obscure, bien qu'il en existe un bon nombre d'observations éparses çà et là. Bonet [2] en rapporte un remarquable exemple. Il s'agit d'un individu qui, vers la fin de sa vie, souffrit de violents maux de tête et perdit absolument le sens de l'odorat et celui de la vue. A l'autopsie, on trouva un abcès des lobes olfactifs. Le même auteur rapporte un second cas dans lequel il existait un abcès de ces mêmes lobes avec érosion du frontal et de l'ethmoïde. Le malade,

[1] Voir un cas rapporté par Deschamps. (*Maladies des fosses nasales*. Thèse de Paris, 1804, p. 56.) Un étudiant, après avoir perdu complètement le sens du goût, pouvait distinguer les différentes espèces de poudres à priser uniquement parce qu'elles piquaient plus ou moins la muqueuse.

[2] *Sepulchretum*. Genevæ, 1700, lib. I, sec. XX; obs. 1, p. 441.

âgé de vingt-deux ans, avait peu de temps avant sa mort éprouvé des convulsions, de la céphalalgie, et perdu la vue et l'odorat.

Il s'agit très probablement, dans ce cas, de syphilis des os. L'exemple suivant est plus difficile à expliquer au point de vue pathologique ; il est aussi rapporté par Bonet[1] : — « On trouva à la base du crâne pressant sur le sphénoïde (*sic*) et les nerfs olfactifs un « noyau » aplati comme une pièce de monnaie, mais non arrondi comme elle et de coloration pâle. » Le malade chez lequel il fut observé, avait été pris de fièvre, accompagnée de violentes douleurs et d'une sensation de pesanteur dans la tête, il mourut neuf jours après le début de sa maladie. Il m'est absolument impossible d'imaginer quelle pouvait être la nature de ce « noyau », mais le fait m'a paru devoir être mentionné par ce qu'il a été rapporté par un observateur très consciencieux.

Comme on peut suivre les filets du nerf olfactif dans l'insula de Reil[2] jusqu'à un point voisin de la circonvolution de Broca, on pourrait croire que l'anosmie existe souvent chez les aphasiques. Mais bien que Fletcher[3], Hughlings-Jakson[4] et Ogles[5] en aient rapporté des exemples, le fait n'est pas très fréquent. Il est vrai que les statistiques de Ball et Krishaber[6] tendent à démontrer que les lésions du côté gauche du cerveau donnent rarement lieu à l'anosmie, mais qu'elle est

[1] *Ibid.* Obs. 4, p. 443.

[2] Les expériences de Ferrier (*Functions of the brain.* London, 1867, p. 184) tendent à démontrer que le centre olfactif est situé à l'extrémité du lobe temporo-sphénoïdal, la faradisation de cette partie chez l'animal le fait renifler, ce qui indique évidemment que le centre est excité. Non seulement la destruction de cette partie paraît amener la perte de l'odorat, mais on a observé qu'elle était plus développée chez les animaux qui ont ce sens plus subtil. A l'autopsie de dix-neuf paralytiques, Serres a constaté (*Anat. comp. du cerveau*, t. I, p. 295) que les lésions du filet externe de l'olfactif qui se perd dans l'insula de Reil, étaient associées à une diminution de l'odorat plus grande que pour les lésions du filet interne.

[3] *Brit. Med. Jour.* Avril 1861.

[4] *Lond. hosp. Rep.* Vol. I, p. 10.

[5] *Loc. cit.*, p. 273 et suivantes.

[6] *Dict. encycl. des sc. méd.* Paris, 1873, t. XIV, p. 456.

plus commune quand le lobe droit est lésé. Ainsi, sur 75 cas de tumeur cérébrale siégeant à gauche, on n'a jamais constaté l'anosmie bien que 17 d'entre ces malades fussent aphasiques. D'un autre côté, sur 63 cas de tumeur siégeant à droite, trois malades étaient aphasiques, et sur ces trois, deux étaient atteints d'anosmie. Enfin, sur 47 exemples de tumeur cerébrale, dans lesquels le néoplasme siégeait sur la ligne médiane ou était bilatéral, ou dont la situation n'avait pas été déterminée, on a trouvé quatre cas de perte de l'odorat ; mais on n'indique pas si les deux affections anosmie et aphasie coexistaient. Il ressort évidemment des statistiques précédentes que les tumeurs cérébrales sont parfois une cause d'anosmie, mais il est à remarquer que les abcès de la substance cérébrale atteignent rarement les fonctions des centres olfactifs, car sur 89 cas de cette affection recueillis par Ball [1] et Krishaber et dont 38 siégeaient à gauche, on n'a pas constaté un seul cas d'anosmie. Pour ce qui concerne l'aphasie nous devons faire observer qu'à moins d'une attention particulière, l'anosmie passe souvent inaperçue. Le fait que dans les cas de ce genre la perte de l'odorat est unilatérale, empêche probablement le malade de s'en apercevoir, mais alors, même qu'il aurait observé le fait, la difficulté qu'il éprouve pour s'exprimer s'oppose à ce qu'il le fasse remarquer. Nous devons en outre faire observer que Hughlings-Jakson [2] a démontré que la thrombose de l'artère cérébrale antérieure, peut-être même de l'artère cérébrale moyenne, peut produire parfois l'anosmie.

Prévost [3] a fait 14 autopsies dans lesquelles il a examiné les nerfs olfactifs. Pour six d'entre elles, le sens de l'odorat n'avait pas été interrogé pendant la vie ; on ne peut donc en tirer aucune conclusion. Pour quatre autres, il avait disparu ou s'était affaibli quelque temps avant la mort, on trouva une dégénérescence marquée des nerfs et des bulbes olfactifs.

[1] *Op. cit.*

[2] *Lond. Hosp, Reports.* 1864, vol. I, p. 410.

[3] *Gaz. méd.* 15 septembre 1866, nº 37, p. 597 et suivantes.

Pour les quatre derniers on trouva sur les nerfs, des lésions anatomiques analogues, bien que durant la vie le sens de l'odorat fut toujours resté intact.

Bonet[1], Rosenmüller[2] et Pressat[3], ont constaté des cas d'absence congénitale des nerfs olfactifs. Pressat rencontra à l'autopsie d'un malade, qui durant sa vie n'avait jamais perçu aucune odeur, l'absence complète des nerfs olfactifs ; il fut impossible de découvrir aucune trace du bulbe ou de ses racines. Les autres parties du cerveau étaient normales, les autres nerfs conservés. Il existait un sillon sur le côté gauche de l'apophyse crista-galli, mais il n'y en avait aucune trace à droite.

Les orifices qui existent d'ordinaire sur l'ethmoïde manquaient absolument, il n'existait qu'une petite ouverture à travers laquelle passaient les branches nasales de la cinquième paire. La muqueuse pituitaire était normale. Le cas publié par Bonet est à peu près identique. Il présente un intérêt spécial en raison de ce fait que l'auteur le rapporte d'après Schneider. Ce même auteur a aussi publié un second cas[4] d'absence des nerfs olfactifs chef un homme qui durant sa vie ne percevait aucune odeur.

Diagnostic. — Il est très important de distinguer entre elles les diverses formes d'anosmie. Le spéculum et le miroir permettent de reconnaître facilement une obstruction mécanique, et dans la plupart des cas d'origine nerveuse, l'anosmie est associée à des symptômes qui permettent facilement d'en établir la véritable nature.

Toutes les fois qu'un malade se plaint d'une altération de l'odorat, on doit pratiquer l'examen fonctionnel en bouchant d'abord une narine, puis l'autre, de manière à s'assurer si le sens de l'olfaction est détruit d'un seul côté, ou affaibli dans

[1] *Sepulchretum.* Genevæ, 1700, lib. I, sect. XX, obs. 2.

[2] *De defectu nervi olfactorii.* Leipzig, 1817.

[3] *Op. cit.*

[4] *Op. cit.* Lib. I, sect. XX, obs. 3.

les deux narines ; on doit se souvenir que la perte de l'odorat lorsqu'elle dépend d'une lésion de la septième ou de la cinquième paire de nerfs est presque toujours unilatérale.

Lorsqu'on recherche le degré d'altération de l'odorat, on ne doit pas dire au malade quelle est l'odeur qu'on lui donne à sentir, mais d'un autre côté il est important de lui présenter des substances dont l'odeur lui soit familière. L'essence de cannelle, l'essence de térébenthine, l'essence de menthe, la valériane ou une pipe bien culottée peuvent parfaitement remplir le but qu'on se propose.

Pronostic. — Il dépend de la nature de la lésion. Le sens de l'odorat se rétablit rarement quand il existe une affection cérébrale. Notta[1] fait observer que, si étrange que le fait puisse paraître de prime abord, l'anosmie survenue à la suite d'un traumatisme du crâne disparaît plus facilement lorsqu'elle est accompagnée de graves lésions — une fracture de la base, par exemple — que lorsque l'accident a été en apparence moins sérieux. Il l'explique par ce fait que l'anosmie qui résulte d'un traumatisme léger est due à la séparation des bulbes olfactifs du cerveau, ce qui constitue une lésion absolument irréparable.

Quand l'anosmie dépend d'un catarrhe nasal, on peut porter un pronostic favorable, cependant je ne connais aucun cas de guérison d'anosmie datant de deux ou plusieurs années. Lorsqu'il s'agit d'une simple obstruction mécanique qui empêche le sens de l'olfaction de s'exercer, comme dans les cas de polypes ou de tumeurs des fosses nasales, la fonction peut se rétablir parfaitement même après plusieurs années. Bauer[2] a rapporté le fait d'un individu qui avait depuis quinze ans perdu l'odorat et qui le recouvra subitement au retour d'un voyage. On ne dit pas quelle était la cause de l'anosmie.

Traitement. — Dans l'anosmie vraie, celle qui dépend d'une altération nerveuse, tous les traitements ont été jus-

[1] *Loc. cit.*

[2] *De odoratu abolito.* Allorfii Noricorum, 1751, p. 192.

qu'ici sans effets. Dans les cas de traumatisme ou de lésion cérébrale, ou quand il existe une solution de continuité des éléments nerveux, on conçoit facilement que le traitement soit impuissant. Quand il y a simplement une altération dans les fonctions du nerf, le traitement peut donner de bons résultats.

Beard et Rockwell [1] ont employé l'électricité avec succès dans l'intérieur et à l'extérieur des fosses nasales ; j'ai fait usage de ce mode de traitement dans les cas les plus favorables, quand l'anosmie résultait d'un ancien catarrhe, sans en retirer le moindre effet. D'après Althaus [2], il faut un courant très puissant pour exciter les nerfs olfactifs ; il est nécessaire d'employer une pile d'au moins trente-cinq éléments pour produire un effet quelconque. Mais ce traitement a pour inconvénient d'exciter les nerfs voisins, de produire une vive douleur, des phosphènes, des sifflements semblables à ceux d'une locomotive, en même temps que de la prostration et des vertiges, en un mot un état pire que la maladie elle-même. Aussi ne pouvons-nous en recommander l'emploi. On obtient parfois de bons résultats d'insufflations de poudre contenant un dixième de milligramme de strychnine pour cinq centigrammes d'amidon, deux fois par jour. S'il se produit une amélioration, on peut augmenter la dose de strychnine jusqu'à trois et quatre dixièmes de milligrammes. Ce remède, employé pour la première fois par Althaus [3], m'a rendu de fort bons services [4]. Si l'anosmie est intermittente on pourra donner avec avantage de la quinine au malade, comme dans un cas rapporté par Maurice Raynaud [5].

[1] *Practical Treatise of the med and surg. uses of the electricity.* London, 1881, 3e édit., pp. 646, 647.

[2] *Lancet.* 1881, vol. I, p. 772.

[3] *Lancet.* p. 815.

[4] Comme M. Morell-Mackensie, nous avons très rarement obtenu le moindre résultat, soit par l'électrisation directe, soit par les poudres les plus variées, nous avons observé en même temps que, chez les sujets atteints d'anosmie la muqueuse pituitaire était beaucoup moins sensible qu'à l'état normal et c'est ainsi que l'éternuement était difficile à provoquer même sous l'influence de courants faradiques. (Note des traducteurs.)

[5] *Loc. cit.*

PAROSMIE

Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui perçoivent de mauvaises odeurs, alors qu'elles n'existent pas. Ce fait constitue très souvent une des formes de l'*aura* épileptique, qui résulte sans doute dans certains cas, ainsi que le fait observer Althaus [1], de troubles du centre olfactif et de la propagation de l'impression morbide aux centres moteurs. La parosmie est fréquente chez les lunatiques, chez eux, comme le fait observer Schlaeger [2], cette hallucination apparente dépend en réalité fort souvent d'une lésion des centres olfactifs. Un exemple rapporté par Lockemann [3] nous en fournit une excellente preuve. La malade, une femme âgée de cinquante-cinq ans, après avoir souffert pendant un an de vertiges et d'attaques d'épilepsie, s'aperçut un jour qu'immédiatement avant ses attaques, elle sentait diverses odeurs qu'elle ne pouvait définir, parfois agréables, et qui cessaient aussitôt après l'accès. Ces symptômes disparurent au bout de quelques mois et jusqu'à la mort de la malade, qui eut lieu deux ans après dans le coma, rien de saillant ne fut observé du côté de l'olfaction.

A l'autopsie, on trouva dans le lobe cérébral gauche un carcinome du volume d'un œuf de canard. La tumeur avait détruit tous les filets nerveux de l'olfactif gauche. Il est hors de doute bien que le fait n'ait pas été observé, que la malade dut présenter jusqu'à la fin de sa vie d'une perte de l'odorat du côté gauche. Dans un cas à peu près semblable, rapporté par Sander [4], un homme âgé de trente-trois ans éprouvait des attaques d'épilepsie qui étaient annoncées par une odeur excessivement désagréable. Il présenta plus tard des symptômes de folie et perdit complètement la vue avant de mourir. A l'autopsie, on trouva un gliome du volume d'une pomme, situé à

[1] *Lancet.* 1881, vol. I, p. 814.

[2] *Zeitschr. d. Gesellschaft. d. Aerzte zu Wien.* 1858, nos 19 et 20.

[3] *Zeitschr. f. rat. med.* 1865, 3 reihe, XII.

[4] *Arch. f. Psychiatrie*, 1873-74, Bd. IV, p. 234 et suivantes.

la face inférieure du lobe cérébral gauche, et qui pénétrait de 6 centimètres environ dans l'épaisseur même du cerveau. La tumeur s'étendait aussi au-dessous du lobe frontal et enserrait la partie postérieure du nerf olfactif gauche.

On n'indique pas clairement si la parosmie exista seulement pour les premières attaques, ou si elle constituait un symptôme précurseur constant, comme pour le malade de Lockemann, précédemment cité. Whytt [1] a rapporté un cas, souvent reproduit par les auteurs qui ont écrit après lui sur ce sujet. Le malade, un garçon âgé de dix ans, dans l'intervalle d'attaques d'hystéro-épilepsie se plaignait de sentir une odeur particulière, mais ce garçon avait en même temps un écoulement purulent des fosses nasales, aussi cette observation ne me paraît pas avoir l'importance qu'on lui a attribuée. Westphal [2] a rapporté un exemple de parosmie bien plus concluant, qui survient chez un syphilique souffrant de convulsions. Dans ce cas, on trouva le bulbe olfactif « adhérent » et tout auprès sur la pie-mère deux petites gommes. Un lunatique observé par Schlaeger se plaignait de sentir depuis plusieurs années des odeurs fort désagréables. Après sa mort on trouva sur la lame criblée de l'ethmoïde une tumeur fongueuse de la dure-mère.

Un malade cité par Hughlings-Jackson [3] percevait des odeurs après chaque attaque d'épilepsie.

La perversion du sens de l'odorat se rencontre assez fréquemment, chez des personnes qui ne présentent pas la moindre trace d'affection des centres nerveux. Elles sentent parfois de mauvaises odeurs d'une façon constante, mais, dans d'autres cas, cette sensation est provoquée par la présence de substances réputées pour avoir une odeur agréable ou tout au moins indifférente. Chez une malade, observée par M. William Jenner et par moi, la viande cuite répandait pour elle l'odeur de poisson pourri, à tel point qu'elle dut se priver

[1] *Observations on the nature, causes, and cure of those Disorders which have been commonly called nervous.* Edinburgh, 1765, p. 144 et suivantes.

[2] *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie.* Bd. XX, p. 458.

[3] *Lancet.* 24 janvier 1866.

à peu près complètement d'aliments d'origine animale. La malade, une femme d'environ cinquante ans, était encore, à cet âge, parfaitement réglée. Elle possédait une vigueur remarquable, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, aimait les exercices du corps et n'avait jamais présenté les moindres signes d'hystérie. Elle fut traitée pendant plusieurs mois. Après un certain temps, la digestion se fit moins bien et elle éprouva quelques troubles du côté du foie ; mais ces symptômes étaient produits par l'impossibilité dans laquelle se trouvait la malade de prendre les aliments qui lui convenaient, ils étaient l'effet plutôt que la cause de la parosmie. On fit usage de toute espèce de traitement local et général. Quelques mois après elle était complètement guérie, mais je ne saurais l'attribuer, en aucune façon, aux remèdes qu'elle avait pris.

On observe parfois, chez des personnes d'ailleurs en parfaite santé [1], des anomalies permanentes du sens de l'odorat. C'est

[1] Nous avons observé récemment, un cas assez curieux d'anosmie compliqué de parosmie nous le donnons sans commentaires et d'après les notes que nous avons prises :

Un de mes amis M. X, âgé de 45 ans, de passage à Toulouse vient nous trouver dans notre cabinet le 20 décembre 1885. De constitution robuste, il n'a jamais eu d'autre maladie que des attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui lui arrivent assez fréquemment et le retiennent pendant des semaines, cloué dans son lit. En dehors de cela pas d'antécédents morbides ni héréditaires, ni de syphilis, dont il ne présente au reste aucune trace. Voyageur de commerce employé par une maison de vins de Bordeaux, il était il y a quelque temps, très fin dégustateur, et pouvait reconnaître au goût n'importe quel crû du Bordelais. Il y a six mois après s'être lavé le matin la tête à l'eau froide, comme il en avait l'habitude, il s'aperçut pour la première fois de troubles de l'odorat. Le vin n'a plus pour lui ni goût, ni bouquet; il ne sent, dit-il, que l'odeur ou plutôt le montant de l'alcool.

Il en est de même pour un grand nombre d'aliments, en général pour les viandes apprêtées en sauce, il ne les sent pas, mais leur odeur véritable est remplacée pour lui par une odeur indéfinissable plutôt mauvaise que bonne. L'ayant fait dîner avec moi, il déclare trouver aux huîtres, à la sole et au citron qu'on lui sert leur goût naturel. Mais bientôt l'on apporte du veau avec une sauce à l'oignon; avant même de l'avoir aperçu il déclare sentir cette odeur indéfinissable dont je viens de parler. En somme, dit-il, les viandes et le vin ont perdu pour lui leur odeur normale, mais il perçoit l'odeur naturelle de la plupart des légumes. La chartreuse n'a pas d'odeur pour lui, mais le curaçao l'a conservée ; il

ainsi que j'ai ouï dire à un célèbre médecin que l'odeur de la violette était pour lui la même que celle du phosphore, et je connais une autre personne pour qui le réséda a l'odeur de l'oignon. Il est fort probable qu'il peut exister parfois une affection du sens de l'odorat analogue au daltonisme. Les anomalies dans les fonctions de l'odorat sont probablement dues quelquefois à des modifications inflammatoires du nerf olfactif lui-même ou à un état de ce nerf qui correspond à la névralgie des nerfs de la sensibilité générale. Robertson [1], il y a de cela quelques années, en a publié un remarquable exemple. La malade, une femme âgée de cinquante ans, une semaine après l'opération de la cataracte à droite, commença à souffrir d'une inflammation de l'iris et de la choroïde. Cette inflammation fut suivie de la perception d'odeurs absolument dégoûtantes, elle fut guérie par des injections hypodermiques de morphine. Dans un cas rapporté par Althaus [2] un malade, après s'être exposé au froid, fut très étonné de percevoir une violente odeur de phosphore, qui l'emportait sur toutes les autres odeurs et qu'il perçut constamment pendant six semaines. Au bout de ce temps, il s'aperçut qu'il était devenu insensible à toute espèce d'odeur, bien que les fonctions des nerfs de la cinquième paire fussent absolument conservées. Il présenta bientôt les symptômes d'ataxie locomotrice et mourut huit ans après le début de son affection. Les nerfs olfactifs présentaient à l'œil nu les lésions de la névrite. Un accident malheureux ne permit pas de pratiquer l'examen microscopique.

On ne peut donner aucune règle pour le *traitement*, les causes qui peuvent produire la parosmie sont trop variables et l'on doit se conformer aux indications qui résultent de chaque cas particulier.

constate cependant qu'il perçoit d'une façon exagérée l'odeur d'écorce d'orange amère que renferme cette liqueur. L'examen des fosses nasales ne révèle rien d'anormal ; il existe cependant une anémie considérable de la muqueuse qui est absolument décolorée. Depuis lors (nov. 1886) j'ai revu ce malade, tous les symptômes ont disparu, sans aucun traitement. (Dr J. Charazac.)

[1] *Boston med. and. Surg. Journ.* 1873, vol. LXXIX, p. 280.

[2] *Lancet.* 1881, vol. I, p. 814.

Maladies du nerf de la cinquième paire et de ses branches nasales

Quand la cinquième paire de nerfs ou ses branches nasales sont blessées ou malades, la muqueuse des fosses nasales devient insensible. Dans les cas de ce genre les vapeurs irritantes telles que l'ammoniaque ou l'éther ne sont pas senties et ne produisent pas l'éternument.

Au contraire, quand il existe une irritation anormale de ces nerfs, il peut se produire des éternûments très violents. Il n'est pas douteux que dans le catarrhe ordinaire, il y ait une irritation des branches de la cinquième paire et que l'hypersécrétion qui se produit, ne soit la conséquence de la paralysie des vaso-moteurs. Althaus [1] a rapporté un exemple réellement typique de cette affection, mais dans ce cas la maladie avait un caractère purement nerveux.

On ne peut espérer grand'chose du *traitement* d'un état pathologique dont la cause est si obscure. Cependant, si la sensibilité a disparu, les applications directes sur la muqueuse de courants électriques de moyenne intensité pourront donner quelques bons résultats. Nous avons indiqué déjà les mesures à prendre dans les cas de coryza (voy. p. 180 et suiv.); quant aux éternûments d'origine nerveuse, nous n'avons à conseiller que le bromure de potassium à haute dose combiné dans certains cas avec les insufflations de morphine.

[1] *Med. chir. trans.* 1869, vol. LII, p. 27 et suivantes.

VICES DE CONFORMATION DU NEZ

Latin Eq. — Deformitates nasi ingenitæ.
Anglais Eq. — Congenital deformities of the Nose.
Allemand Eq. — Missbildungen der nase.
Italien Eq. — Vizi di conformazione del naso.

DÉFINITION.— *Vice de conformation congénital, qui consiste en l'absence ou la réduplication de l'organe tout entier ou de l'une de ses parties constituantes, ou en une oblitération complète ou partielle des fosses nasales.*

Historique[1]. — Autant que j'ai pu m'en assurer le seul cas d'absence complète du nez qui ait été rapporté est dû à Maisonneuve[2]. La malade était une fille, quand ce chirurgien la vit pour la première fois, elle était âgée de sept mois et présentait l'anomalie suivante : le nez était représenté par une surface unie, percée de deux petits orifices arrondis ayant à peine chacun un millimètre de diamètre. Ces ouvertures étaient séparées l'une de l'autre par un espace de trois centimètres. On ne dit pas si l'intérieur des fosses nasales avait sa structure normale, ni s'il existait en même temps des vices de conformation des autres parties du corps.

La cloison est parfois absente. Fernet[3], en 1864, a publié un exemple d'absence de la cloison chez un fœtus mort-né. Dans ce cas, le plancher des fosses nasales faisait en partie défaut, la voûte palatine était fendue dans toute sa longueur. Il existait en outre un double bec-de-lièvre, les paupières et les nerfs optiques étaient absents. Les lobes postérieurs du cerveau étaient atrophiés. Chaque main et chaque pied avait six doigts. Il existe quelquefois par places sur la cloison des pertes de substance congénitales qui font communiquer entre elles les deux fosses nasales.

[1] Dans cet historique, nous n'avons pas suivi, au point de vue bibliographique, l'ordre chronologique ordinaire mais nous avons indiqué les faits épars çà et là d'après l'ordre indiqué par la *définition*.

[2] *Bull. gén. de thérapeutique.* 1855 t. XLIX, p. 559.

[3] *Bull. de la Soc. anat.* 1864, 2e série, t. IX, p. 130.

Portal[1], Hildebrand[2], Hyrtl[3] ont rapporté des cas de ce genre: ce dernier constate qu'il a rencontré cette anomalie trois fois dans le cours de sa « vie anatomique». Cependant Zuckerkandl[4], qui dit avoir trouvé huit fois, sur cent cinquante cadavres, une ouverture de la portion cartilagineuse de la cloison, estime que ces orifices ne sont pas le résultat d'un arrêt de développement, mais sont en réalité produits par une perte de substance consécutive à une périchondrite.

Thomas[5], en 1873, a rapporté un remarquable exemple de vice de conformation du nez. Il s'agit d'un garçon âgé de trois ans, né de parents sains et possédant déjà plusieurs enfants parfaitement constitués. Sur le côté droit de la face il existait une ouverture triangulaire à base quelque peu arrondie et dont le sommet se portait vers l'angle interne de l'œil, presque jusqu'au bord supérieur de l'orbite. La cavité de la fosse nasale droite était ainsi à découvert jusqu'à la racine du nez. L'ouverture était limitée *en dehors* par la peau de la joue et des paupières qui se continuait avec la muqueuse, en *dedans* et *au-dessous* par la peau du nez qui se continuait aussi avec la muqueuse au bord de la fente, tandis qu'un peu plus bas, l'orifice était limité sur son côté interne par la muqueuse de l'aile droite du nez qui regardait en dedans et en haut. On voyait à travers la fissure, le cornet inférieur dont la partie supérieure et interne adhérait à la surface interne de l'aile du nez renversée. L'œil droit et l'orbite étaient normaux, mais l'extrémité interne de la paupière inférieure et la *caroncule lacrymale* étaient situés à un demi-centimètre au-dessous du niveau des parties correspondantes du côté gauche. La direction de la paupière supérieure droite étant normale, il existait donc entre les paupières supérieure et inférieure droites et près de l'angle interne, une fente ayant une largeur de plus d'un centimètre et demi. Cette fente était traversée par un lambeau de peau séparant l'œil de la fente du nez. Il existait le long de la ligne médiane un raphé, qui avait environ un millimètre de hauteur, et semblait indiquer le point d'union des parties primitivement

[1] *Cours d'Anat. médicale*. Paris, 1804, t. IV, p. 481.

[2] *Lehrbuch der Anatomie des Menschen.* Wien, 1802, vol. III, p. 162, § 1647, (note.) Cet auteur, qui professait l'anatomie à Gottingen fait observer qu'il présentait lui-même une ouverture congénitale de la portion cartilagineuse de la cloison, ouverture assez considérable pour laisser passer un pois.

[3] *Lehrbuch der Anatomie des Menschen.* Wien, 1882, pp. 576, 577.

[4] *Normale und pathol. Anatomie der Nasenhohle.* Wien, 1882, pp. 99, 100.

[5] *Bull. de la Soc. de chir.* 1873, 3e série, t. 2, p. 162.

séparées. Il n'existait dans le reste du corps aucun autre vice de conformation. En 1859, Hoppe[1] a rapporté un cas de vice de conformation du nez, dans lequel il existait un sillon le long de la ligne médiane, par suite de l'absence des os du nez. A leur place on trouvait deux pièces cartilagineuses cylindriques, et sur la ligne médiane une fissure qui s'étendait de la racine à l'extrémité du nez, qui présentait deux petites saillies arrondies. Les narines étaient bien conformées et séparées l'une de l'autre.

Récemment Lefferts[2] a décrit un cas de cloison double chez un homme âgé de vingt-cinq ans. La moitié supérieure du bord postérieur de la cloison était divisé verticalement en deux lames distinctes séparées entre elles par un espace assez considérable pour laisser passer l'extrémité d'un crayon de mine de plomb. L'espace ainsi formé était triangulaire, sa partie la plus large inférieurement située et recouverte par la muqueuse qui avait son aspect normal.

Borelli[3] a publié une observation de réduplication du nez, mais sans donner des indications anatomiques assez précises pour pouvoir établir le vrai caractère de ce vice de conformation. Bien qu'un bon nombre des faits rapportés dans la littérature médicale ancienne soient évidemment du domaine de la fable, nous ne pouvions passer sous silence un fait positivement constaté par un homme aussi célèbre. Il nous paraît évident toutefois qu'une expression aussi vague que celle du *nasus duplex*, peut tout aussi bien se rapporter à un lipôme ou à un éléphantiasis, qu'à une véritable réduplication de l'organe.

Emmert[4], Luschka[5], Voltolini[6], Betts[7], Cohen[8], et Donaldson[9] ont rapporté des exemples d'occlusion congénitale des arrière-fosses nasales. Le malade d'Emmert, un garçon âgé de sept ans, présentait une obstruction osseuse complète des deux choanes. Il s'agit d'une jeune fille dans le fait de Luschka, les deux arrière-fosses nasales étaient également obstruées par du tissu

[1] *Med. Zeitung der Ves. f. Heilk. in Preussen*, 1859, p. 164.

[2] *Philadelphia medical News.* 7 janv. 1882.

[3] *Obs. rarior. medico-phys.* Cent. III, obs. 43.

[4] *Lehrb. d. chirurgie.* Stuttgard, 1853, Bd. II, p. 355.

[5] *Schlundkopf der Menschen.* 1868, p. 27.

[6] *Die Anvendung d. Galvanocaustik.* Wien, 1870, 2e édit., pp. 240-262.

[7] *New-York med. Journ.* Juillet 1877, p. 97.

[8] *Diseases of the throat and nasal passages.* New-York, 1879, 2e éd., p. 385. C'est à l'ouvrage de Cohen que je dois la plupart des renseignements relatifs aux vices de conformation du nez.

[9] *Edim. Med. Journ.*, 1880-81, p. 1035 (mai 1881).

osseux. Une mince lamelle osseuse s'étendait de la lame horizontale du palatin à la face inférieure du sphénoïde à laquelle elle était unie par une suture dentelée. Dans le cas de Voltolini, le choane droit était seul obstrué, l'atrésie paraissait résulter « d'adhérences congénitales ». Betts rencontra les deux arrière-fosses nasales obstruées par de la substance osseuse chez un fœtus de sept mois[1] Cohen n'indique pas la nature de l'obstruction dans l'observation qu'il rapporte, elle était probablement membraneuse. L'exemple rapporté par Donaldson [2] fut observé chez un nouveau-né du sexe féminin né à terme, et ne présentant aucun autre vice de conformation dans le reste du corps, il mourut peu après la naissance, l'impossibilité de respirer par le nez fut la cause de sa mort. Les arrière-fosses nasales étaient fermées par une membrane épaisse et tellement résistante qu'on put à peine la percer avec une sonde poussée avec force.

Harrison Allen [3] a récemment attiré l'attention sur le rétrécissement des fosses nasales, résultant non pas de la déviation de la cloison, mais de l'étroitesse congénitale de l'une des cavités nasales par rapport à sa congénère.

Etiologie. — Les causes des vices de conformation du nez sont probablement les mêmes que celles qui déterminent un développement imparfait ou anormal des autres organes. Nous avons donné dans une autre partie de cet ouvrage les principales théories admises à ce sujet, nous n'avons pas à y revenir ici. Pour ce qui a trait à l'inégale capacité des cavités nasales, Allen constate qu'elle a été principalement observée chez les idiots, il estime qu'elle a peut-être pour cause l'inégale profondeur des dépressions de la base du crâne, en raison du développement inégal des diverses parties du cerveau. Je dois faire observer, cependant, que sur tous les crânes du muséum du Collège Royal des Chirurgiens, je n'ai pas vu un seul rétrécissement de l'une des deux fosses nasales qui ne fut le résultat d'une déviation de la cloison.

[1] J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'imperforation de l'une des fosses nasales qui était traversée par une lame osseuse s'étendant du bord externe vers la cloison et empêchant le passage de l'air de ce côté. La lame osseuse très mince fut sectionnée au galvano-cautère et la cavité dilatée peu à peu redevint perméable (E. J. Moure).

[2] *Philadelphia med. News*, 26 mai 1883, pp. 605, 606.

[3] Voir l'édition anglaise « Vices de conformation de l'œsophage », p. 220 et suivantes. (Note des traducteurs.)

Symptômes. — Quand il manque une partie du nez, comme dans les exemples que nous venons de rapporter dans le court historique qui précède, le malade est défiguré, mais il n'existe pas d'autres symptômes. S'il y a une atrésie des arrière-fosses nasales, la respiration de l'enfant se fait avec difficulté et l'on voit se produire les graves symptômes qui résultent de cette obstruction. (Voy. p. 85.)

Pronostic. — Aucun des vices de conformation ci-dessus mentionnés ne constitue un danger pour l'existence. Il faut en excepter l'obstruction des arrière-fosses nasales, et seulement chez l'enfant.

Traitement. — On peut entreprendre diverses opérations plastiques, dans le but de corriger ces difformités. Maisonneuve dans l'exemple qu'il rapporte dit avoir été le premier à pratiquer la rhinoplastie pour un vice de conformation d'origine congénitale, mais il donne du procédé employé par lui une description si incomplète qu'il nous paraît inutile de le reproduire ici ; au reste, il n'indique nullement les résultats par lui obtenus, tant au point de vue plastique qu'au point de vue fonctionnel.

Dans l'exemple rapporté par Thomas, dans lequel il existait une fissure mettant à découvert une des fosses nasales depuis la racine du nez, cet auteur fit une incision le long du bord interne de la fente, au point d'union de la muqueuse et de la peau. Il sépara en outre cette bande de ses attaches avec la paupière supérieure par une incision cruciale. Puis il racla le bord externe de la fissure au bout de laquelle il fit une incision verticale le long du sourcil droit. De l'extrémité supérieure de cette incision, il en fit partir une autre dirigée horizontalement vers le côté opposé, sur une étendue d'environ 1 centimètre et ayant pour objet de libérer les téguments sur le front. Il sépara ensuite l'aile du nez du cornet inférieur auquel elle adhérait. La peau du nez disséquée de cette manière vers la ligne médiane, les diverses parties eurent une mobilité suffisante pour permettre à l'opérateur de mettre en contact,

sans trop de violence, l'aile du nez avec le bord externe de la fissure. Les surfaces ainsi accolées furent fixées les unes aux autres à l'aide d'une épingle passée à travers la lèvre supérieure et l'aile du nez, tandis qu'on maintenait en place par une suture la joue et le bord interne de la fissure. L'étroite bande de peau située entre les deux paupières, qui avait été détachée de la paupière supérieure, fut alors tirée avec des pinces et placée entre les deux bords de l'incision verticale précédemment décrite, et maintenue dans cette position nouvelle à l'aide de sutures placées de chaque côté. Finalement l'angle supérieur de la fissure primitive fut oblitéré à l'aide de sutures passées à travers ses bords, immédiatement au-dessous de la paupière inférieure. Les sutures furent enlevées quatre jours après; l'aile du nez s'était solidement accolée au bord externe de la narine, mais l'union ne s'était pas effectuée à la partie supérieure, circonstance que Thomas attribue à ce que l'étroit lambeau transplanté avait été assez rudement traité, au cours de la dissection qu'on avait dû faire pour le séparer. Quinze jours après la partie inférieure du nez avait un aspect à peu près normal, mais la paupière inférieure était trop éloignée de sa congénère à l'angle interne, et il existait encore une fissure large de 2 ou 3 millimètres entre l'angle interne de l'œil droit et le nez. Malheureusement, le malade fut perdu de vue et rien ne peut faire présager quelle a été dans ce cas l'issue définitive; cependant, comme le fait observer Thomas, on avait sûrement réussi à améliorer l'aspect de la face, et une opération nouvelle entreprise pour remédier à la difformité qui subsistait encore eût été moins difficile et moins grave.

Dans les cas d'occlusion congénitale des arrière-fosses nasales, il est urgent d'instituer un traitement, et cela sans perdre de temps. On doit s'ouvrir de force un passage à travers la membrane obturatrice avec une forte sonde, comme dans le cas de Donaldson, ou au galvano-cautère, on doit dilater et maintenir ouvert à l'aide de bougies, le passage ainsi obtenu. Donaldson[1] conseille la trachéotomie, mais ce ne doit être là qu'une ressource extrême.

[1] *Anatomie der Nasenhohle*. Wien, 1882, p. 95 et suivantes.

Nous avons déjà décrit à propos de l'anosmie (p. 324) l'absence congénitale des bulbes olfactifs.

SYNÉCHIES DES FOSSES NASALES

Sous ce titre, Zuckerkandl a décrit certains états anormaux des fosses nasales dont nous croyons devoir parler brièvement ici. Comme le nom l'indique, il s'agit de bandes de tissu unissant entre elles certaines portions de la cavité du nez, libres à l'état normal. L'union de ces diverses parties peut être simplement constituée par la continuité de la muqueuse de revêtement, quelquefois par de véritables travées osseuses.

On peut rencontrer quatre variétés principales de synéchies : 1° des brides membraneuses remplissant l'intervalle qui sépare deux surfaces opposées, entre le cornet moyen et la cloison, par exemple ; 2° de larges expansions membraneuses unissant la muqueuse qui recouvre l'un des cornets à celle de la paroi externe des fosses nasales ou à celle des cornets voisins ; 3° des brides *osseuses* unissant l'un des cornets à la cloison ; 4° une large lamelle osseuse réunissant le cornet inférieur au plancher des fosses nasales. On conçoit que toutes ces différentes variétés ou quelques-unes d'entre elles puissent coexister, et que l'une d'elles puisse se rencontrer en différents points chez le même sujet. Sur 2,152 crânes examinés au Muséum du collège royal des chirurgiens, j'ai rencontré seulement quatre cas de synéchies osseuses. Sur l'un d'eux, le cornet inférieur considérablement augmenté de volume adhérait à la cloison. Dans un second, la cloison était déviée à gauche, et deux lames osseuses épaisses, non soudées entre elles, partaient de la portion convexe de la cloison déviée, unissant le cornet inférieur et la portion sous-

jacente de la paroi externe des fosses nasales. Sur le troisième, il n'existait pas de déviation, mais on constatait deux travées osseuses remplissant l'espace compris entre le côté gauche de la cloison et la paroi extérieure correspondante ; l'une d'elles, étroite, allait horizontalement de la partie moyenne de la cloison à la partie supérieure du cornet inférieur, tandis que l'autre partait du bord inférieur du cornet moyen pour rejoindre la cloison à laquelle elle s'insérait par un prolongement large d'un centimètre se recourbant d'arrière en avant et légèrement en haut le long de la cloison. Dans le quatrième cas, le bord du vomer faisait saillie dans la fosse nasale droite, et du bord inférieur de la paroi ainsi formée, on voyait partir une lamelle ostéo-cartilagineuse qui se dirigeait horizontalement au-dessous du bord du cornet inférieur ; cette lamelle s'étendait en arrière dans la fosse nasale, sur une étendue d'environ deux centimètres et demi et transformait le méat inférieur en un véritable canal.

Récemment encore, j'ai eu l'occasion d'observer un malade qui présentait dans la fosse nasale droite une bande membraneuse épaisse, recouverte de muqueuse qui allait du cornet inférieur à la cloison.

Les synéchies sont quelquefois symétriques. Il est probable que, dans ce cas, elles sont presque toujours congénitales, bien qu'elles puissent être, dans certains cas, le résultat de productions morbides, qui une fois ulcérées, ont amené la soudure des parties voisines. Le fait que les synéchies ont été parfois rencontrées associées à des perforations de la cloison viendrait peut-être à l'appui de cette idée.

Le plus souvent cet état constitue simplement une curiosité, pathologique. Dans l'unique exemple qu'il ma été donné d'observer et que j'ai rapporté ci-dessus, le malade éprouvait de grandes difficultés pour se moucher du côté malade. Si l'on croit devoir intervenir, on pourra enlever la portion osseuse anormale en la détachant de ses points d'insertion à l'aide de mes pinces (fig. 37, p. 58) ; dans le cas de brides membraneuses, on obtiendra la guérison à l'aide du serre-nœud galvanique. Par ce moyen on peut même enlever des bandes

osseuses lorsqu'elles sont minces. Brandeis[1] a rapporté un cas de synéchie osseuse transversale, qui obstruait la narine et qui fut enlevée au galvano-cautère.

[1] *New-York Med. Record*, 12 nov. 1881.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Dans le premier volume de cet ouvrage, nous avons fait l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne. D'autre part, nous avons décrit sous le titre d' « Instruments pour les fosses nasales », les appareils nécessaires à l'examen et au traitement des maladies pouvant atteindre cette région. Il ne nous reste plus qu'à étudier ces maladies qui sont peu nombreuses, il est vrai, mais fort importantes.

CATARRHE CHRONIQUE[1] DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

(Synonymes : Catarrhe chronique du pharynx nasal, catarrhe rétronasal, maladie folliculaire de l'espace naso-pharyngien, catarrhe américain[2].

Latin Eq. — Catarrhus longus pharyngis nasalis.
Anglais Eq. — Chronic Catarrh of the naso-pharynx.
Allemand Eq. — Chronischer Catharrh des Nasenrachenraumes.
Italien Eq. — Catarro chronico della faringe nasale.

[1] Le catarrhe aigu de la cavité naso-pharyngienne disparaît trop rapidement ou se transforme trop vite en catarrhe chronique pour qu'il soit nécessaire de le décrire à part.

[2] Cette affection est si fréquente en Amérique, comparée aux autres contrées, qu'on peut en toute vérité la considérer comme une *maladie nationale* pour ce pays.

Définition. — *Inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse la cavité naso-pharyngienne, déterminant une sécrétion plus ou moins visqueuse qui, par son adhérence aux parties, fait éprouver aux malades une sensation désagréable et les pousse à faire des efforts pour les expulser par la toux et par l'action de cracher.*

Historique. — J.-P. Frank[1] décrivit pour la première fois cette affection, comme étant une forme de catarrhe chronique siégeant au pharynx. Plusieurs années plus tard, Dobbel[2] publia une étude détaillée de cette affection. Cet état morbide est bien connu de tous ceux qui se sont occupés des affections de la gorge depuis l'invention du laryngoscope; et, depuis que j'ai commencé mon enseignement à l'hôpital de la gorge, en 1863, j'ai constamment attiré l'attention des étudiants sur les diverses particularités de cette importante maladie. En 1874, Wendt[3] étudiait avec beaucoup de détails les deux formes humides et sèches de cette affection. Lennox Browne[4], en 1878, décrivit la maladie au point de vue de ses rapports avec le catarrhe nasal et l'ozène. Deux ans plus tard, Beverley Robinson, de New-York, publia un ouvrage sur le catarrhe dans lequel il donna de cette maladie une description complète sous le titre d'« Affection folliculaire de l'espace naso-pharyngien ». Depuis lors, Woakes[5], Rumbold[6], Bosworth[7] et tous les auteurs qui se sont occupés du catarrhe nasal ont incidemment traité la question. Le plus récent travail sur ce sujet est dû à Bresgen[8], qui a recueilli les opinions de presque tous les auteurs qui l'ont précédé.

[1] *De curand. homin. Morbis.* Lib. V, pars I, pp. 124, 125. Mannhemii, 1794.

[2] *Winter Cough.* London, 1866, 1e éd. appendice, p. 172 et suivantes. Le Dr Dobbel fait observer qu'il avait déjà attiré l'attention des médecins sur le catarrhe post-nasal, dans une communication faite à l' « Abernethian Society » de l'hôpital de Saint-Barthelemy en 1854.

[3] *Ziemssen's Handbuch.* Leipzig, 1874, Bd. VII, erste Helfte.

[4] *The Throat and its Diseases.* London, 1878, p. 153 et suivantes.

[5] *Deafness, Giddiness, and Noises in the head.* London, 1880, 2e éd. p. 178 et suivantes.

[6] *Hygiene and treatment of Catarrh.* Saint-Louis, 1881, part. II, p. 237 et suivantes.

[7] *Manual of diseases of the Throat and nose.* New-York, 1881, p. 179 et suivantes.

[8] *Der chronische Nasen-und Rachen-Katarrh.* Wien und Leipzig, 1883, p. 41 et suivantes.

Etiologie. — Nous avons eu souvent l'occasion de discuter, au cours de ce travail, les causes du catarrhe en général; nous avons plus spécialement indiqué nos opinions sur ce sujet à propos de la laryngite catarrhale aiguë, nous y renvoyons le lecteur (vol. I., p. 369). Cette maladie est excessivement commune en Amérique ; et telle est sa fréquence que l'on se sert couramment, dans ce pays, du terme « catarrh » pour dire catarrhe post-nasal, c'est-à-dire le catarrhe naso-pharyngien.

L'étude des conditions sous l'influence desquelles le catarrhe rétro-nasal existe en Amérique pourrait, sans doute, jeter un jour nouveau sur l'étiologie de la maladie. Malheureusement, jusqu'à présent, les médecins américains tout en étudiant assidument la thérapeutique de cette affection, n'ont prêté à ses causes qu'une médiocre attention. De fait, le seul praticien qui paraisse avoir fait de sérieuses études sur ce sujet est Beverley-Robinson [1]. Dans un travail fort judicieux, cet auteur fait à ce propos les remarques suivantes :

« A New-York, à Boston et à Philadelphie, dans bon nombre des cités de l'ouest, sur le bord de la mer et dans l'intérieur des terres, sur une grande étendue et dans des parties très différentes de notre pays, le catarrhe rétro-nasal règne avec une intensité qui réclame des recherches sérieuses et doit inspirer plus qu'une crainte passagère à ceux qui en ont observé la marche. Un nombre considérable d'individus en sont déjà atteints. Hommes, femmes et enfants, sont également frappés. Tous les âges, toutes les professions peuvent en éprouver les symptômes et les complications. L'influence du changement de climat sur la marche de la maladie est peu sensible, car tandis que, dans certains cas particuliers, sa marche, rapidement progressive paraît être quelque peu enrayée sinon complètement arrêtée par le séjour dans une atmosphère élevée et sèche, ou par la respiration d'un air imprégné d'odeurs balsamiques, il existe d'autres exemples fort nombreux dans lesquels le catarrhe une fois solidement établi n'est que fort médiocrement influencé par l'hygiène la plus

[1] *Nasal Catarrh*. New-York, 1880. Voyez aussi l'article sur « follicular disease of the naso-pharyngeal Space » (post-nasal catarrh).

rationnelle et par le milieu ambiant en apparence le mieux adapté aux nécessités individuelles. On s'accorde cependant à reconnaître qu'une atmosphère froide et humide, sujette à des changements subits de température, est la cause générale et efficace, sinon exclusive, de la production et de l'extension du catarrhe rétro-nasal. Il n'est pas douteux que cette croyance ne soit jusqu'à un certain point basée sur des faits, et cependant, plus j'ai eu l'occasion d'étudier cette question à fond et à tous les points de vue, et plus je me suis persuadé que cette opinion généralement admise est en partie erronée. Les habitudes, les occupations ne paraissent avoir aucune influence sur le développement de la maladie, les constitutions fortes et débiles sont également atteintes. Nulle constitution n'en est complètement exempte, mais certaines personnes y sont plus que d'autres prédisposées. »

Bien que je n'ai pas la prétention de comparer mon expérience personnelle à celle des spécialistes éminents qui se sont occupés de la question aux Etats-Unis, je puis faire observer cependant que, dans un récent voyage fait dans ce pays, j'ai été placé dans des conditions très favorables pour étudier cette affection; non seulement, en effet, j'ai observé des exemples de cette maladie dans des localités très différentes de ce pays, mais, j'ai également recherché les conditions climatériques des diverses contrées où ces différents cas s'étaient produits, en même temps que j'avais l'immense avantage de discuter la question et de connaître les idées de différents praticiens fort instruits et qui avaient, chacun dans leur rayon, étudié cete affection depuis plusieurs années. J'ai été fort étonné de l'extrême diffusion de cette maladie. Je l'ai rencontrée dans tous les Etats de l'est de l'Amérique; elle est très commune à Chicago et à Saint-Louis, qui peuvent être considérées comme les cités centrales de l'Amérique; elle domine surtout dans l'état Nébraska et sur une petite partie de l'Utah. Je l'ai de nouveau rencontrée sur les côtes de l'océan Pacifique; elle est très fréquente à San-Francisco. Je n'ai pas eu l'occasion de l'observer en Névada, j'ai traversé cet état sans m'y arrêter ; mais, à Londres, j'ai

donné mes soins à plusieurs Américains atteints de catarrhe naso-pharyngien, qui avaient contracté cette maladie dans les plaines alcalines du « Silver State ». J'ai également observé bon nombre de malades atteints de catarrhe naso-pharyngien dans le Colorado. Dans le sud de la Californie et dans l'Arizona, j'en ai à peine rencontré quelques cas, et au Canada, cette affection, bien que plus fréquente qu'en Europe, est loin d'être aussi commune qu'aux États-Unis. Le catarrhe américain paraît surtout dominer entre les 44e et 38e degrés de latitude.

Mes voyages en Amérique ont eu lieu vers la fin du mois d'août, en septembre et en octobre, c'est-à-dire pendant la saison la plus favorable de l'année; et je suis à peu près persuadé que si c'eût été pendant l'hiver j'aurais observé un nombre bien plus considérable de cas de cette maladie. Ainsi, sur toute la côte orientale, l'atmosphère pendant l'hiver est froide et humide, tandis qu'elle est très chaude pendant l'été. A San-Francisco, l'été, les brouillards dominent pendant la première partie du jour, tandis que l'après-midi un vent violent souffle sans discontinuer. La partie inhabitée de cette région est composée d'immenses plaines situées à 5,000 ou 6,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. On peut se faire une idée de la sécheresse du climat par ce fait que, pendant neuf mois de l'année, il ne tombe pas la moindre goutte d'eau; aussi les arbres ne peuvent-ils fleurir, de petits chênes nains sont à peu près les seuls représentants des arbres de nos forêts[1], encore ne les trouve-t-on que dans des vallées étroites ou canons, comme on les appelle dans le pays. Le sol, au reste, est d'une telle sécheresse, qu'il n'est pas rare de voir périr les herbes des prairies.

Ces conditions atmosphériques, bien que très favorables pour certaines formes de phtisie, sont néanmoins très irritantes pour les muqueuses de quelques sujets. On rencontre aussi

[1] Le cotonnier, bien qu'il soit une plante indigène dans certaines parties du sud de l'Amérique, paraît être cependant une plante exotique au Colorado, et on ne le trouve que comme plante d'ornement dans les rues et les jardins de certaines villes.

çà et là au Colorado la poussière blanche alcaline qui, dans la Nevada, recouvre le sol sur une étendue de plusieurs centaines de milles. Pendant l'hiver et le printemps, il existe souvent des vents très forts, et l'on conçoit facilement combien doit être irritante l'abondante poussière de ce pays où règne une si grande sécheresse.

Les conditions géologiques du sol présentent une telle différence dans les diverses parties du continent américain qu'il est difficile de les faire entrer en ligne de compte dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe. On comprend facilement, en outre, que les conditions météorologiques sur une si vaste étendue de terre sont si variables qu'elles ne peuvent être considérées comme une cause agissant avec une telle uniformité. Le caractère général de l'atmosphère en Amérique, comparé à ce qu'il est en Angleterre et aussi dans la plus grande partie de l'Europe, est d'être plus sec; les changements de température y sont plus subits et les limites extrêmes de chaleur et de froid plus élevées. Mais rien dans tout cela ne paraît expliquer cette localisation de la maladie à la cavité naso-pharyngienne, et il me semble que le catarrhe rétro-nasal ne doit pas être strictement attribué aux conditions climatériques, mais à quelque élément accidentellement introduit dans l'atmosphère de ces différentes localités si éloignées les unes des autres. En d'autres termes, il doit y avoir des particules irritantes en suspension dans l'air sur une très grande étendue. C'est actuellement le cas pour la *poussière*, qu'on trouve fort abondante un peu partout en Amérique.

Cette prédominence du catarrhe s'explique à la vérité facilement par l'abondance de la poussière tant dans les campagnes que dans les villes. En raison de l'immense étendue de ce pays, et de sa population rurale très clairsemée, les routes, sauf dans les anciens Etats, sont d'ordinaire fort mal tenues; ce sont les anciens sentiers au milieu de la prairie. Dans les villes, malgré la magnificence des édifices publics, le luxe des maisons particulières, les rues sont généralement plus mal pavées que dans les cités les plus mal tenues de l'Europe, et on ne peut guère en vérité en trouver de semblables qu'en Espagne

ou en Turquie. On doit se souvenir, en outre, que tandis que dans les villes dégénérées du vieux monde, il n'y a que peu de mouvement, il règne au contraire, dans les cités américaines, une incessante activité et un commerce considérable. Il en résulte une grande quantité de poussière dans un cas et pas du tout dans l'autre. Le caractère de la poussière, en outre, varie avec les localités. Dans certaines parties, c'est du sable fin, dans d'autres une poussière alcaline; dans les villes, elle est formée par un mélange sans nom, au sein duquel doit se trouver une quantité considérable de matières végétales et animales en décomposition, qui n'en constituent pas l'élément le moins irritant. On se fera une juste idée de l'état de l'atmosphère si l'on considère que, dans un bon nombre de villes, l'état de balayeur des rues est inconnu.

Les relations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne rendent probable l'hypothèse que l'atmosphère, chargée de poussière, est la cause réelle du catarrhe. Elle forme, en effet, un cul-de-sac situé en dehors du parcourt direct de l'air respiré; les particules étrangères qui viennent s'y loger ne peuvent en être chassées qu'avec difficultés, très probablement par l'exagération des sécrétions et par un mécanisme analogue à celui qui se produit pour la conjonctive lorsqu'un grain de sable vient à séjourner pendant un certain temps sur cette membrane. Dans le larynx, les efforts de toux volontaires ou réflexes suffisent à déloger les particules étrangères; de même les éternuments, ou l'action de se moucher chassent les corps étrangers irritants des fosses nasales. Mais les actes réflexes, toux et éternuments n'ont aucune action sur la partie supérieure de la cavité naso-pharyngienne; il faut l'intervention de la volonté dans l'acte de cracher[1] (*hawking*) pour la dégager en partie. Il est probable que la muqueuse de la cavité naso-pharyngienne étant moins sensible que celle du larynx et du nez, les petits corps étrangers qui viennent accidentellement se

[1] Le terme « hawking », en allemand « rahspein », n'a pas d'équivalent en français; il ne signifie pas à proprement parler « cracher », mais râcler l'arrière-gorge pour en détacher les mucosités. (Note des traducteurs.)

loger à la voûte du pharynx ne déterminent pas une gêne aussi considérable que lorsqu'ils sont déposés sur les parties voisines ; il en résulte que les particules solides restent plus longtemps en place dans la région rétro-nasale qu'en tout autre point, et sont par conséquent une cause active de la maladie. En Angleterre, le catarrhe est surtout commun chez les personnes dont le pharynx présente une grande largeur d'avant en arrière, conformation qui facilite l'entrée des substances étrangères tout en rendant difficile leur expulsion. On conçoit facilement que tout état morbide des arrière-fosses nasales puisse amener l'inflammation chronique et par conséquent déterminer un catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne. Chez les enfants, les végétations adénoïdes constituent fréquemment une source d'irritation. Dans les cas de ce genre, il est vrai, la sécrétion n'a aucune tendance à adhérer aux tissus comme dans le véritable catarrhe rétro-nasal, mais elle s'écoule sans déterminer une gêne considérable. De fait, l'affection catarrhale est alors très différente de ce qu'on observe dans le catarrhe rétro-nasal idiopathique, tel qu'on l'observe en Amérique.

Bien que la poussière soit la cause la plus fréquente du catarrhe post-nasal, elle n'est évidemment pas la seule. Certaines circonstances favorisent son développement. Ainsi nous l'avons maintes fois observé chez des malades faisant abus des condiments, et l'habitude (à peu près générale en Amérique) d'employer presque à chaque plat des sauces épicées doit certainement entrer en ligne de compte dans l'étiologie de cette affection. Il est également probable que la dyspepsie nationale (*national dyspepsia*) est un facteur important, et un homme d'État Américain bien connu, m'a déclaré avoir vu plusieurs malades guéris par « l'abstinence et la diète farineuse » (*abstemiousness and farinaceous diet*). Certains médecins ont attribué la maladie à l'habitude (généralement répandue en Amérique) de surchauffer les maisons par l'air ou la vapeur chaude. Pendant l'hiver, la température n'est jamais inférieure à 21° C. et très souvent elle est supérieure. Le passage brusque de cette atmosphère chaude à celle de la rue, est très probablement

aussi une des causes de la maladie ; les Russes ont cependant, eux aussi, l'habitude de chauffer de la même manière leurs appartements, sans qu'il en résulte, autant que j'ai pu m'en assurer, de nombreux cas de catarrhe rétro-nasal ; cette cause ne paraît donc pas avoir une grande influence. Récemment Bresgen [1] a fortement insisté sur l'influence de l'hérédité dans la production du catarrhe naso-pharyngien, et bien qu'on n'ait pas un très grand nombre d'observations à l'appui de cette opinion, il est cependant très probable que cette cause joue un rôle considérable dans la production de la maladie. J'ai vu, cependant plusieurs fois, des étrangers contracter un catarrhe rétro-nasal à la suite d'un court séjour en Amérique, ce qui prouve bien à mon avis que les conditions atmosphériques — accidentelles et faciles à contrôler, j'ai hâte de le dire — sont une cause bien plus puissante que l'hérédité.

Il est des gens qui croient à la contagion du catarrhe ; cette croyance, fortement enracinée dans le public, n'a pour base aucune raison scientifique. A ce propos Beverley Robinson [2] s'exprime ainsi : « Comment se fait-il que cette affection, si commune en certaines contrées de notre pays, soit moins connue et moins fréquente en Angleterre et sur le continent ? Il est certain que si son énorme diffusion était le résultat de relations intimes, elle devrait, suivant toutes probabilités, se propager tout aussi bien ailleurs que chez nous. » Il est étonnant qu'à notre époque, où les microbes sont considérés comme la cause d'un si grand nombre de maladies, on n'ait pas songé à rattacher à cette source le catarrhe naso-pharyngien, à laquelle ainsi que nous l'avons fait observer, on a attribué le coryza. N'ayant pas su trouver dans l'état atmosphérique la cause du catarrhe américain, Beverley Robinson [3] insinue « qu'il existe une prédisposition particulière des individus ». Il fait observer qu'on ne doit pas confondre, comme on le fait presque toujours, le catarrhe post-nasal avec la rhinite ordinaire.

[1] *Op. cit.*, p. 41.
[2] *Op. cit.*
[3] *Op. cit.*, p. 145.

Il ne s'agit pas d'un simple état inflammatoire aigu ou chronique de la muqueuse pituitaire et l'on ne doit, par conséquent, pas le traiter de la même façon ; car, s'il en était ainsi, tous nos efforts seraient toujours sans résultats. Sans doute, le coryza aigu ou chronique est une cause prédisposante et parfois la cause prochaine et *en partie* efficiente de la manifestation du catarrhe. Mais pour que ce dernier vienne se greffer sur lui, un état diathésique particulier est absolument nécessaire. Il propose de donner à cette diathèse le nom de « catarrhale » et paraît disposé à croire qu'il existe quelques relations entre elle et l'herpétisme. En émettant une hypothèse qui ne repose sur aucun fait, Robinson paraît avoir adopté les erreurs de l'École française. (Voir t. Ier, trad. franç., p. 46.) J'admets cependant avec lui que très souvent le catarrhe naso-pharyngien commence par un coryza, et malgré ses idées sur la « diathèse catarrhale », il ne paraît pas vouloir admettre d'une manière exclusive l'influence de cette diathèse, car à propos de cette maladie, il fait observer que « si l'affection glanduleuse est due parfois à la diathèse catarrhale pure et simple, elle peut aussi fort souvent être rattachée aux diathèses goutteuse, herpétique, syphilitique, scrofuleuse et tuberculeuse. L'influence de l'impaludisme est aussi parfois évidente...... »

Lennox-Browne[1] prétend que les malades atteints de catarrhe naso-pharyngien sont « généralement sous l'influence de la diathèse scrofuleuse ». Toutefois, en raison de ce fait que la maladie est très commune en Amérique, qu'elle s'attaque à toute espèce de gens, sans distinction de tempérament ni de constitution, que les étrangers qui voyagent en Amérique en sont facilement atteints, il est plus probable qu'elle dépend de l'état atmosphérique plutôt que d'une diathèse quelconque.

Symptômes. — Dans les cas légers les malades éprouvent une sensation désagréable et un certain picotement à la partie

[1] *The throat and its Diseases.* London, 1878, p. 463.

supérieure de la gorge qui les porte à faire des efforts répétés pour dégager cette région. On constate souvent des troubles de l'articulation. Il existe de fait un manque de résonnance ou de justesse, principalement pour la prononciation des gutturales. Ces troubles peuvent être légers et passer inaperçus pour tout autre que le malade lui-même, qui s'en plaint presque toujours, s'il a une certaine éducation et se trouve obligé de parler en public. Quand la maladie est plus grave les mucosités sont parfois très adhérentes et le patient, pour débarrasser (Hawk) sa cavité naso-pharyngienne est obligé de faire des efforts considérables et aussi désagréables pour lui que dégoûtants pour ceux qui l'entourent. Les efforts pour détacher les mucosités s'accompagnent souvent de nausées[1] et parfois même de vomissements. Les malades éprouvent à l'arrière-gorge une sensation désagréable et dans les cas graves une douleur sourde à la partie supérieure du pharynx; ils accusent même quelquefois un sentiment de pesanteur ou une douleur à la région occipitale. A l'examen de la cavité naso-pharyngienne, on aperçoit des dépôts blanchâtres de mucosités *adhérentes* à la paroi postérieure et aux parties latérales de cette cavité. Le catarrhe rétro-nasal est une cause fréquente de surdité, il détermine parfois de légères hémorrhagies, qui souvent salissent l'oreiller du malade, ou surviennent le matin au réveil. La source de l'hémorrhagie peut inquiéter le médecin qui néglige de pratiquer l'examen du pharynx nasal. La muqueuse, après qu'elle a été détergée par une pulvérisation ou une irrigation apparaît généralement très rouge; mais si on laisse s'écouler un certain temps, quinze à vingt minutes environ, cette rougeur disparaît, ce qui prouve qu'elle est le résultat du lavage qui a été fait. Il est alors facile d'apercevoir des granulations sur la paroi postérieure ou sur les côtés de la cavité naso-pharyngienne. Elles

[1] A la suite d'un coryza aigu, et en dehors de toute affection chronique de la cavité naso-pharyngienne par suite de la propagation de l'inflammation nasale à cette cavité, certains malades éprouvent pendant quelques jours des symptômes analogues. Les efforts pour débarrasser leur arrière-gorge des mucosités qui y sont adhérentes déterminent souvent des nausées et même des vomissements. (Note des traducteurs.)

sont parfois très petites, de forme ovale ou arrondie, mais il n'est pas rare d'en rencontrer sur les parois latérales qui sont allongées et étroites et mesurent souvent de 5 millimètres à 1 centimètre et demi de longueur sur 3 à 5 millimètres de large ; elles ne forment alors à la surface qu'une légère saillie. Dans les cas graves, on peut apercevoir çà et là de petites érosions, parfois même des taches ecchymotiques. Chez les jeunes sujets on trouve aussi fréquemment des végétations adénoïdes ou simplement une hypertrophie de l'amygdale de Luschka. Souvent aussi l'on peut apercevoir les orifices des trompes congestionnés et gonflés et quelquefois l'une des ouvertures ou les deux obstruées par des mucosités adhérentes. La cavité bucco-pharyngienne est généralement plus ou moins congestionnée et présente par places un aspect granuleux. On aperçoit souvent aussi des varicosités sur la paroi postérieure, et les piliers sont infiltrés ou gonflés.

Anatomie pathologique. — Nous avons déjà étudié les modifications morbides qui surviennent dans la région naso-pharyngienne ; elles sont très certainement identiques à celles qui se produisent d'ordinaire dans toutes les inflammations catarrhales.

Autant qu'on peut en juger pendant la vie, le processus morbide est le même que celui que nous avons décrit à propos de l'angine glanduleuse (Vol. Ier, pp. 53 et 54.)

Diagnostic. — Le catarrhe naso-pharyngien est souvent méconnu des praticiens qui ne sont pas familiarisés avec cette affection, mais ceux qui ont l'habitude de pratiquer la rhinoscopie ne peuvent guère être induits en erreur. Quand le malade est jeune, les végétations adénoïdes peuvent être la cause du catarrhe naso-pharyngien, mais nous avons déjà fait observer que dans les cas de ce genre, la sécrétion est tout à fait différente de celle du catarrhe rétro-nasal.

Au reste, on sent facilement avec le doigt les tumeurs de ce genre et il est facile de les apercevoir à l'aide du miroir. On doit avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence des polypes.

La syphilis à ses différentes périodes, secondaire et tertiaire, peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux du catarrhe. Mais la cavité naso-pharyngienne une fois détergée, on aperçoit des condylomes ou des ulcérations, s'il en existe. Au reste, dans les cas de syphilis tertiaire l'usage, de l'iodure de potassium tranchera la question du diagnostic [1]

Pronostic. — La maladie n'est pas dangereuse, mais elle est fort ennuyeuse; en outre, lorsqu'elle existe depuis plusieurs années, il est rare qu'on arrive à la guérir; dans les cas récents on obtient parfois une guérison radicale, et dans les cas anciens on peut ordinairement obtenir une amélioration considérable.

Traitement. — On peut instituer un traitement général ou local ou les deux à la fois. Ceux qui considèrent cette maladie comme une affection diathésique recommandent tout naturellement la médication interne.

Beverley Robinson [2] s'est fort bien trouvé de l'emploi du soufre, du cubèbe et de l'ammoniaque; on peut prescrire le soufre sous forme d'eau sulfureuse artificielle (Harrogates Waters); on administera le cubèbe sous forme de teinture de cubèbe, en parties égales avec de la teinture d'orange pour en masquer le goût; on devra donner l'ammoniaque à très petites doses, 5, 10 ou 15 centigrammes mêlé à l'ipéca. Certains auteurs préconisent l'huile de foie de morue et le phosphate de fer. Les toniques sont indiqués toutes les fois qu'on a affaire à des individus débilités. Quoi qu'il en soit de toutes ces substances, il résulte de mon expérience personnelle que la médication interne ne donne pas de très grands résultats, tandis que le traitement local procure une très grande amélioration.

[1] Dans ces cas, du reste, la marche du mal, les lésions siégeant sur la face postérieure ou antérieure du voile palatin, ou de ses piliers, la nature des sécrétions, les troubles de la voix l'adénopathie spéciale ne permettront guère l'hésitation. (Notes des traducteurs.)

[2] *Op. cit.*, p. 146.

On doit tout d'abord faire disparaître de la cavité naso-pharyngienne les mucosités qui s'y trouvent, en d'autres termes nettoyer soigneusement les parties malades.

On arrive à ce résultat à l'aide de pulvérisations; c'est la méthode la plus avantageuse pour le malade, mais elles doivent être faites à la partie antérieure et à la partie postérieure des fosses nasales. La solution de Dobbel (voy. l'Appendice) me paraît être la meilleure, mais si l'usage de l'acide phénique répugne ou paraît irriter les parties malades, on pourra lui substituer la « lotion alcaline composée » (voy. l'Appendice). Si les pulvérisations ne suffisent pas à enlever les mucosités, on devra recourir aux irrigations à l'aide de la seringue rétro-nasale; et si les irrigations ne sont pas suffisantes, employer les badigeonnages avec un pinceau laryngien de moyenne grandeur. Les mucosités une fois enlevées, on se trouvera fort bien de l'usage des insufflations astringentes. Le cachou, le persulfate de fer (une partie pour trois d'amidon) et l'eucalyptus me paraissent les plus efficaces, mais la préparation d'eucalyptus (une partie de gomme pour deux d'amidon) me paraît être celle sur laquelle on doit le plus compter. Le malade peut déterger lui-même sa cavité naso-pharyngienne en employant la douche nasale faite avec des solutions astringentes ou en faisant des irrigations, on peut même lui apprendre à pratiquer lui-même des insufflations.

Dans les cas heureux, alors qu'on a obtenu une amélioration considérable à l'aide de ces moyens, on peut arriver parfois à une guérison complète par une saison au Mont-Dore ou à la Bourboule[1].

Le malade doit s'abstenir d'aliments irritants; les boissons fortes et les mets épicés doivent être sévèrement proscrits. Lennox-Browne[2] estime « qu'il est utile de restreindre le plus possible la quantité de liquide absorbé ». Je n'ai pas expérimenté cette méthode de traitement et je ne vois pas quel service

[1] Les stations thermales pyrénéennes trouvent aussi leur indication dans les cas rebelles; le humage et les douches nasales nous paraissent particulièrement recommandables dans ce cas. (Note des traducteurs.)

[2] *Op. cit.*, p. 164.

elle peut rendre dans une affection aussi franchement chronique que celle que nous étudions. Dans tous les cas, on doit proscrire l'usage du tabac, et en particulier défendre au malade de faire passer la fumée par les fosses nasales, habitude fréquente chez les individus qui fument la cigarette.

Les malades prédisposés au catarrhe doivent s'astreindre à des précautions spéciales. Ceux qui travaillent au milieu des poussières et surtout des poussières alcalines doivent faire usage des tampons de Gottstein (fig 60, p. 69) et se servir de respirateurs ou tout au moins respirer constamment la bouche fermée. Bien que ces précautions soient ennuyeuses, elles sont cependant moins désagréables et moins pénibles que la maladie qu'elles ont pour but de prévenir.

CATARRHE SEC DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Cette maladie est exactement semblable au catarrhe sec des fosses nasales, et nous renvoyons le lecteur à ce chapitre pour la description détaillée de l'étiologie et de l'anatomie pathologique de la maladie. Comme le catarrhe sec du nez, il détermine souvent l'ozène. Dans la plupart des cas, il est probablement la conséquence de la forme humide, mais il débute parfois d'emblée par la forme sèche. Comme pour le catarrhe humide, il est surtout fréquent chez les personnes qui ont un pharynx spacieux. Quand on examine la gorge, le pharynx buccal apparaît simplement sec et luisant, mais à l'examen du pharynx nasal, on aperçoit des croûtes de mucus desséché, de coloration brun-sombre ou noires. La caractéristique de cette forme de catarrhe est de ne donner lieu qu'à de très légers symptômes objectifs. Quand la maladie est dégénérée en ozène, la respiration prend une odeur fétide et le malade rejette presque chaque jour des masses rondes ou ovales d'environ 2 ou 3 centimètres de longueur pour 1 ou 2 de largeur. Ces masses de mucosités épaisses ont ordinairement une couleur blanc-sombre ou grisâtres; elles peuvent cependant être brunes ou même

noires; elles sont ordinairement épaisses, molles à la surface, mais sèches et compactes au centre. Lorsqu'on les sectionne, elles apparaissent parfois constituées de couches concentriques comme si elles étaient formées de dépôts successifs. Nous avons déjà expliqué la façon dont elles se détachent à propos de la forme nasale de l'affection.

En pratiquant l'examen digital de la cavité naso-pharyngienne, on trouve quelquefois ces amas de mucosités occupant un des angles de la voûte du pharynx ou la ligne médiane, ou même s'étendant en travers de cette dernière. La maladie est fréquemment associée à un état semblable des fosses nasales, mais elle peut être limitée à la cavité naso-pharyngienne. La muqueuse une fois nettoyée apparaît d'ordinaire après un certain laps de temps pâle et atrophiée.

Les observations que nous avons faites au sujet du *diagnostic* et de l'*anatomie pathologique* du catarrhe sec des fosses nasales peuvent s'appliquer à celui de la région naso-pharyngienne.

Le catarrhe sec naso-pharyngien est très rebelle, et le *pronostic* très défavorable au point de vue de la guérison.

Le même *traitement* que pour le catarrhe naso-pharyngien ordinaire est applicable à cette forme, mais on doit surtout insister sur les désinfectants. La solution de Dobbel, dont nous avons déjà parlé (p. 354), est une des meilleures à employer en pulvérisations, mais si l'usage en est continué pendant longtemps, la dose d'acide phénique peut être réduite de moitié. Les nuages alcalins (*Nebula alkalina*) de la pharmacopée de l'hôpital de la gorge rendront aussi de grands services.

CATARRHE ET KYSTE DE LA BOURSE PHARYNGIENNE

(Chapitre ajouté par les traducteurs)

DÉFINITION. — *Inflammation catarrhale de la bourse pharyngienne ou du sillon médian de la tonsille pharyngée, donnant lieu à une hypersécrétion considérable et dans certains cas, par*

oblitération de l'orifice de la bourse à des formations kystiques plus ou moins volumineuses.

Historique. — L'amygdale pharyngée présente dans la plupart des cas une dépression médiane de la muqueuse décrite par Luschka[1], en 1868, sous le nom de bourse pharyngienne. Cette dépression forme soit un sillon, soit un véritable canal. Bien que plusieurs auteurs aient signalé d'une manière indirecte les affections de cette partie du pharynx nasal; que Trœlsch lui-même dans son traité des maladies de l'oreille[2] rapporte un cas de kyste, de cette région ; c'est à Tornwald[3], que revient le mérite d'avoir fait ressortir l'importance de la bourse pharyngienne dans le diagnostic et le traitement de certains catarrhes rebelles de la cavité naso-pharyngienne. Depuis le mémoire de Tornwald bon nombre d'auteurs se sont occupés de la question ; citons entre autres, Keimer[4], Masucci[5], Broich[6], Tissier[7], Luc[8], Schwabach[9], etc. ; la plupart d'entre eux ont confirmé les vues du médecin de Dantzig, qui d'ailleurs a repris[10] la question à diverses reprises.

Etiologie. — Les causes du catarrhe de la bourse pharyngée sont les mêmes que celles qui déterminent l'éclosion du catarrhe naso-pharyngien sous ses différentes formes. L'affection décrite par Tornwald s'établit en effet par propagation de

[1] *Der Solundkopf des Menschen*. Tubingen, 1868, p. 110.

[2] Trad. franc. Paris, 1868.

[3] *Uber die Behandlung der bursa pharyngis fur die erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum krankheiten*. Wiesbaden, 1885, chez Bergmann.

[4] *Quelques observations d'affection de la bourse pharyngée. Monatsseh. f. Ohrenh.* Nos 4 et 5, 1886.

[5] *Un cas de kyste de la bourse pharyngienne. Arch. Internat di Lar. Rin.*, etc. 15 avril 1886.

[6] *Quelques cas ayant trait aux observations de Tornwald sur l'affection de la bourse pharyngée. Monatssch. f. Ohrenh.* Nos 5 et 6, mai et juin 1886.

[7] *Etude sur la bourse pharyngée au point de vue de l'anatomie et de la pathologie. Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1886.

[8] *Contribution à l'étude de la mal. de Tornwald. Revue méd. de Toulouse.* Nos 21 et 22, 1886.

[9] *De la bourse pharyngée. Tageblatt der 59 Versammung Deutscher. Naturforscher und arste in Berlin*, 18, 24 sept. 1886 ; et *Revue Mens. de Laryng. et d'otol.* p. 681, 1886.

[10] *Du catarrhe rétro-nasal*. Ibid. 1886.

l'inflammation de la muqueuse des parties voisines, mais tandis que ces dernières guérissent sous l'influence du traitement, celle de la bourse pharyngée persiste. On ne peut l'atteindre par les méthodes ordinaires de traitement à cause de la disposition anatomique des parties. La bourse pharyngée se présente en effet sous la forme d'un sillon ou d'un canal, situé exactement au milieu de la distance qui existe entre le bord supérieur de l'orifice postérieur des fosses nasales et de la protubérance de l'atlas au milieu du tissu adénoïde qui remplit cette région. Le canal qu'elle forme d'ordinaire mesure environ 15 millimètres de longueur, et 6 millimètres dans sa plus grande largeur et se termine en pointe au niveau du tissu fibreux de l'apophyse basilaire de l'occipital, au devant du tubercule pharyngien. Il ne communique d'ordinaire avec la muqueuse que par un orifice de la grosseur d'une tête d'épingle et de forme ordinairement arrondie. C'est par cet orifice que s'écoulent les sécrétions abondantes qui sont le résultat de l'inflammation de la bourse pharyngée ; quand il s'oblitère les sécrétions s'accumulent et donnent naissance à des kystes.

La dénomination de bourse pharyngée, à l'état normal, n'est pas exacte. Schwabach (*loc. cit.*) a démontré que dans la région du tissu adénoïde, on ne trouve qu'une simple dépression médiane de la muqueuse déjà décrite par Ganghofner; parfois même on ne voit qu'une petite fossette. Cette dépression médiane ne forme pas un tissu anatomique à part, mais elle est le sillon médian de la tonsille pharyngée. Tornwald a déclaré [1] d'ailleurs n'attacher aucune importance au mot « bourse pharyngée » et il a donné du sillon médian une description analogue à celle de Schwabach. — La soi-disant bourse de Tornwald nous paraît être en effet, comme l'a dit Schwabach et comme en est convenu lui-même l'auteur de la dénomination, une simple dépression plus ou moins profonde, dernier vestige de végétations adénoïdes, atrophiées ou détruites. Nous ne nions pas que cette irrégularité de la muqueuse, que cette anfractuosité rend les inflammations difficiles à guérir, nous

[1] *Loc. cit.*, Tageblatt. der 50, etc.

concevons avec Tornwald que cette forme de catarrhe naso-pharyngien soit particulièrement rebelle au traitement, mais nous ne saurions accepter la dénomination de *bourse* employée par l'auteur allemand.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels du catarrhe de la bourse pharyngée sont les mêmes que ceux présentés par les malades atteints de catarrhe naso-pharyngien ordinaire ; ils éprouvent le plus souvent une sensation de sécheresse et d'irritation localisée surtout dans le haut de la gorge, sensation accompagnée d'une toux plus ou moins opiniâtre. Le sujet atteint est très souvent obligé de racler le matin surtout son arrière-gorge, pour la débarrasser des mucosités abondantes qui s'accumulent et se dessèchent sur la muqueuse de l'espace naso-pharyngien. Souvent aussi les malades exhalent une odeur fétide, produite par l'exsudat purulent qui s'échappe de la bourse pharyngée, on croit à une ozène et l'on est fort étonné de trouver les fosses nasales à peu près normales. Toutefois, il faut aussi dans ces cas songer aux coryzas postérieurs, aux atrophies occupant le tiers ou la moitié postérieure des cornets et occasionnant les symptômes ordinaires du coryza atrophique, tout en étant, encore plus que les formes habituelles de ce dernier, rebelles au traitement.

A l'examen du pharynx on trouve la paroi postérieure très irritée et parsemée de granulations, on constate la présence de croûtes désséchées qui remontent au-dessus du voile du palais. L'hypersécrétion muqueuse ou muco-purulente s'échappe de la bourse pharyngée, mais pour constater ce fait avec précision, il est le plus souvent nécessaire de se servir du crochet palatin (fig. 11, p. 25) de Voltolini. Cet instrument permet dans certains cas de voir d'une façon plus nette les arrière-fosses nasales, et l'on peut lorsqu'on en fait usage examiner la voûte pharyngienne non plus avec le petit miroir qui sert ordinairement à la rhinoscopie postérieure, mais avec un miroir laryngien ordinaire.

Le crochet palatin est d'ordinaire bien supporté par les malades. Chez les personnes très sensibles, un badigeonnage

du voile du palais avec une solution concentrée chlorhydrate de cocaïne permettra souvent de vaincre les difficultés qui présentent l'application du crochet. La cavité naso-pharyngienne apparaît alors recouverte de croûtes qui adhèrent à la voûte du pharynx en plus grande abondance que sur les parois de cet organe, et quand la sécrétion est fluide on peut voir le liquide faire issue par l'orifice de la bourse pharyngée. Dans les cas de ce genre, d'après Tornwald, contrairement à ce que l'on observe dans l'ozène et le catarrhe naso-pharyngien général, la partie de la voûte palatine située entre les orifices postérieurs des fosses nasales et la bourse, reste libre de sécrétions à moins que l'affection de la bourse ne soit compliquée de ces différentes maladies. Nous devons ajouter, pour être vrai, que ces complications se produisent fréquemment.

Dans les cas d'hypersécrétion de la bourse pharyngée, l'oblitération de l'orifice amène la formation de kystes plus ou moins volumineux. Sur deux cent deux cas observés, Tornwald [1] a rencontré cent cinquante-sept fois l'hypersécrétion et quarante-cinq fois la formation de kystes. On constate alors à la voûte pharyngée, la présence d'une tumeur lisse, transparente, de coloration jaunâtre et faisant franchement saillie dans l'arrière-cavité du nez. Dans un cas rapporté par Masucci, la malade, âgée de quarante-cinq ans, souffrait depuis dix-huit mois d'une gêne de la respiration nasale, de céphalée fronto-occipitale, et d'accès d'asthme. Il existait en même temps des polypes muqueux dans les deux fosses nasales. Ceux-ci furent enlevés sans qu'il se produisît d'amélioration sensible dans l'état de la malade. La guérison ne survint qu'après la destruction de la tumeur de la voûte palatine.

Chez les malades atteints de catarrhe ou de kyste on peut voir se produire des troubles du côté des organes plus éloignés et les diverses névroses réflexes qui accompagnent parfois les affections du pharynx et des fosses nasales. C'est ainsi que Tornwald a observé de l'hyperhémie et de l'hypertrophie de la muqueuse du nez, des maladies de l'o-

[1] *Loc. cit.*

reille, de la pharyngite granuleuse, du catarrhe chronique du larynx, surtout de la partie intéraryténoïdienne, du catarrhe bronchique, du catarrhe chronique de l'estomac, de la toux produite par la pénétration de la sécrétion de la bourse dans la région intéraryténoïdienne, sans aucune lésion du côté du poumon ou du larynx, de l'asthme bronchique, des douleurs au niveau du sternum, de l'occiput. Ces dernières sont, dans certains cas, particulièrement violentes et occasionnent de véritables névralgies ou de la raideur musculaire à la nuque. Tous ces phénomènes disparaissent avec l'affection qui leur a donné naissance.

Anatomie pathologique. — Nous n'avons rien de particulier à dire au sujet de l'anatomie pathologique de cette affection. Dans les cas de catarrhe, la nature de l'inflammation et le caractère des sécrétions sont les mêmes que pour le catarrhe chronique naso-pharygien dans sa forme ordinaire ou dans sa forme sèche.

Dans le cas de kyste, la poche qui contient le liquide ne présente rien de particulier; la bourse n'offre pas de tissu nouveau, elle est constituée par une dépression de la muqueuse de la glande de Luschka; les parois sont donc formées par cette muqueuse.

Diagnostic. — Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une pharyngite chronique caractérisée par un aspect lisse et sec de la muqueuse et par des croûtes et des mucosités adhérentes de la cavité naso-pharyngienne, si le traitement du catarrhe est resté infructueux ou n'a déterminé qu'une amélioration passagère, on pourra songer au catarrhe de la bourse pharyngée. Si l'on pratique alors la rhinoscopie postérieure, on pourra supposer avec vraisemblance qu'il s'agit bien de l'affection de Tornwald, si on ne trouve pas d'autres causes pour expliquer son apparition au niveau de la partie postérieure de la voûte palatine et sur la paroi postérieure du pharynx. On verra d'ailleurs assez souvent les sécrétions s'écouler de l'orifice de la bourse et si cette der-

nière est recouverte de croûtes, en les enlevant l'une après l'autre avec le porte-ouate *ad hoc*, il sera quelquefois possible, comme dans un cas rapporté par Luc[1], de constater que l'une d'elles se termine par une extrémité encore molle qui s'échappe de l'orifice de la bourse pharyngée. D'ailleurs le traitement dirigé sur ce point, en faisant disparaître les symptômes, permettra d'établir sûrement le diagnostic.

Dans les cas de gêne de la respiration nasale, après avoir constaté que les cavités du nez sont libres, on devra nécessairement pratiquer la rhinoscopie postérieure ; s'il existe un kyste, il sera facile d'apercevoir au niveau de la tonsille pharyngée une tumeur lisse, fluctuante, de coloration jaunâtre qui laisse s'écouler après l'incision un liquide muco-purulent ou purulent. Mais il faudra se rappeler encore que les polypes muqueux de cette région sont généralement creusés des cavités kystiques qui n'ont rien de commun avec l'affection qui nous occupe. C'est là un diagnostic assez difficile à établir chez certains malades et qui, nous n'en doutons pas, a occasionné plusieurs fois des erreurs de diagnostic. On devra se rappeler que ces pseudo-kystes sont généralement multiples et coïncident avec des polypes muqueux des fosses nasales. Le traitement est du reste le même dans les deux cas.

Pronostic. — Les formes rebelles de catarrhe naso-pharyngien, celles qui résistent aux traitements les mieux dirigés et les plus scrupuleusement suivis, ont ordinairement pour cause l'affection qui nous occupe. C'est dire que méconnue la maladie a une durée à peu près indéfinie. Les diverses méthodes de traitement peuvent soulager le malade mais non point le guérir. Il n'en est pas de même, heureusement, une fois le diagnostic établi, car il suffit d'agir sur la partie malade pour obtenir la guérison.

Traitement. — Les insufflations de poudres, les pulvérisations et les irrigations antiseptiques ou astringentes sont ici

[1] *Loc. cit.*

tout à fait insuffisantes. Il faut traiter énergiquement la cause de la maladie. Tornwald recommande d'introduire dans le conduit de la bourse des sondes enduites de nitrate d'argent au dixième, ou l'emploi du galvano-cautère. On devra, selon nous, donner la préférence à ce dernier moyen et dans ce cas les cautères de Lincoln (fig. 45, p. 59) seront des plus utiles. D'après Luc, la présence concomitante des signes de l'ozène vrai, n'est pas une contre-indication à l'intervention directe sur la glande de Luschka, car si la destruction complète de cette glande ne saurait modifier la conformation vicieuse des fosses nasales, elle peut tarir le catarrhe pharyngé, consécutivement le catarrhe nasal et diminuer la quantité des sécrétions qui tendent à s'accumuler dans ces deux cavités.

S'il existe une poche kystique, on doit l'inciser et cautériser les parois au galvano-cautère, après évacuation du liquide qu'elle contient. Pour pratiquer ces différentes manœuvres, on s'aidera autant que possible du miroir rhinoscopique, mais dans certains cas il faudra savoir se diriger un peu à tatons et par l'habitude. Si quelques auteurs ont pratiqué le cathétérisme de la bourse avec des bougies ou des sondes plus ou moins enduites de caustiques, il faut avouer que ce sont là des faits bien exceptionnels et qu'ils avaient affaire à des malades mannequins. Ce sont là des procédés inapplicables, au moins d'une manière courante dans nos climats du midi et que nous ne saurions par conséquent recommander aux praticiens peu familiers avec l'éclairage et l'examen de la cavité naso-pharyngienne.

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL

Latin Eq. — Tumores glandulosi pharyngis nasalis.
Anglais Eq. — Adenoïd vegetations of the naso-pharynx.
Allemand Eq. — Adenoïde Vegetationen des Nasenrachenraumes.
Italien Eq. — Tumori adenoidi della faringe nasale.

Définition. — *Petites végétations glandulaires qui naissent de la voûte et des parties latérales de la cavité naso-pharyngienne, donnent à la physionomie un air hébété, à la voix un timbre nasal, forcent le malade à respirer par la bouche, déterminent souvent la surdité par propagation de l'inflammation à l'oreille moyenne et produisent chez les enfants les phénomènes constitutionnels qui résultent d'une obstruction nasale prolongée.*

Historique.— En 1860, Czermak [1] observa sur la voûte de la cavité naso-pharyngienne et à gauche, tout près de l'orifice de la trompe d'Eustache, deux petites tumeurs, dont une ressemblait un peu à une « crête de coq ». Ce sont là probablement les premières végétations adénoïdes qui aient été vues. Cinq ans plus tard Voltolini [2] publia l'observation d'un homme âgé de quarante-un ans, qui était venu deux ans auparavant réclamer ses soins pour une surdité très considérable. L'audition fut considérablement améliorée par le traitement; mais au commencement de 1865, Voltolini, pratiquant l'examen rhinoscopique, aperçut des tumeurs suspendues comme des stalactites dans la cavité naso-pharyngienne. Ces tumeurs furent détruites en trois séances au moyen du galvano-cautère, il en résulta une amélioration considérable de l'audition.

La même année Lowenberg [3] publia trois observations de végé-

[1] *Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und Medizin.* Leipzig, 1860. Quelque temps après, Semeleder publia quelques cas de tumeur de la voûte du pharynx, qui paraissaient être plutôt des polypes fibreux que des végétations adénoïdes (*Die rhinoscopie*, etc., Leipzig, 1862, p. 46 et suivantes.)

[2] *Allgem. Wien. med. Zeitung*, n° 33, 1865. L'année précédente Andrew Clark avait publié un article fort court intitulé « Naso-palatine gland disease »; il s'agissait très certainement de l'affection décrite plus tard par Meyer sous le nom de végétations adénoïdes. Clark fait observer que le diagnostic de cette affection ne peut être fait que par l'examen rhinoscopique. Mais dans sa description, fort bien faite du reste, il constate que la cavité de ces glandes renfermait parfois une substance caséeuse fétide. Il est probable que dans le cas de Clarke, il existait en outre de la pharyngite glandulaire avec exsudation. (Voy. *Traité des maladies du larynx.* Trad. Moure et Berthier, p. 51.)

[3] *Archiv. für ohrenheilkunde.* 1865, Bd. II, p. 116 et suiv. Ces archives sont publiées par fascicules; le volume II comprend les années 1865, 1866, 1867, mais l'article de Lowenberg parut en 1865. Comme le volume tout entier porte la date de 1867, on avait cru par erreur qu'il n'avait été publié que dans cette dernière année. Dans son récent travail, Lowen-

tations observées dans la cavité naso-pharyngienne chez des malades atteints de surdité. Elles étaient, dit-il, probablement de nature identique aux glandes muqueuses hypertrophiées qui caractérisent la pharyngite granuleuse.

En 1868, Wilhem Meyer[1], de Copenhague, pour la première fois, donna le tableau complet de l'affection glandulaire de la cavité naso-pharyngienne sous le nom de « Végétations adénoïdes ». Tout en décrivant d'une façon complète les symptômes et la marche de la maladie, il étudia la structure histologique de ces tumeurs et le mode de traitement qui lui avait paru donner les meilleurs résultats. Meyer à cette époque examina dans les écoles publiques de Copenhague environ 2,000 enfants, et il rencontra l'affection dans 1 p. 100 des cas. Aussi doit-il, à juste titre, être considéré comme ayant découvert les végétations adénoïdes du pharynx nasal; car, bien qu'il n'ait pas été le premier à observer ces tumeurs, il est certainement le premier qui en ait démontré l'importance et qui les ait complètement décrites. Les écrivains qui ont suivi n'ont guère fait que confirmer les observations de Meyer. Guye[2], d'Amsterdam, en 1875, communiqué un travail assez court sur les tumeurs adénoïdes au Congrès international des sciences médicales, tenu à Bruxelles l'année suivante, Carl Michel[3], de Cologne, étudia de nouveau le sujet. Dans une note succinte publiée en 1879, Victor Lange[4], de Copenhague, proposa une modification de la méthode d'opération de Meyer et, au cours de cette même année, Solis Cohen[5], dans la seconde édition de son remarquable ouvrage, publia un excellent chapitre sur cette affection. Lowenberg[6] reprit de nouveau la question en 1879 et donna une excellente monographie de cette affection. Nous devons aussi mentionner le travail de Tauber[7], de Cincinnati, sur tous les cas de maladies du nez et du pharynx observés par lui, les tumeurs adénoïdes étaient dans la proportion de 6 p. 100. Les végétations

berg attire l'attention sur ces faits, que j'ai vérifiés et qui ne souffrent pas la discussion.

[1] *Hospital Tidende*, 4 et 11 novembre 1868, et aussi *Trans. Med. Chir. Soc.* London, 1870, vol. LIII, p. 191 et suivantes.

[2] *Congrès international des sciences médicales.* Bruxelles, 1875.

[3] *Krankheiten der Nasenhohle und des Nasenrachenraumes*, 1876, p. 77 et suivantes.

[4] Note sur les tumeurs adénoïdes. Copenhague, août 1879.

[5] *Diseases of the throat and nose.* New-York, 1879, 2e éd., p. 253 et suivantes.

[6] *Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.* Paris, 1879.

[7] *Cincinnati Lancet and clinic*, 24 avril 1880.

adénoïdes furent l'objet d'une discussion publique au Congrès international des sciences médicales tenu à Londres en 1881. La plupart des auteurs que nous venons de citer plus haut donnèrent les résultats que l'expérence leur avait fait acquérir ; et Capart, de Bruxelles, montra plusieurs centaines[1] de spécimens, ou, pour mieux dire, deux bouteilles remplies de végétations. A cette même occasion, Woakes fit une communication basée sur une centaine de cas et soutint que fort souvent les végétations ont une texture papillomateuse, contrairement à l'opinion généralement admise, qui les fait considérer comme étant formées du tissu adénoïde[2].

Etiologie. — Il est beaucoup plus commun d'observer cette affection chez les individus jeunes que chez les adultes. L'extrême abondance chez les enfants de follicules lymphatiques, les uns isolés, les autres réunis pour former l'amygdale de Luschka (t. Ier, pp. 2 et 3) expliquent la fréquence de ces productions morbides dans le jeune âge. L'hypertrophie des amygdales et des glandes cervicales démontre bien cette tendance du tissu lymphatique à donner naissance à des tumeurs, et il est éminemment probable qu'un léger état catarrhal de la cavité naso-pharyngienne est le point de départ du développement excessif du tissu en question. On ne doit cependant pas oublier que les végétations adénoïdes qui produisent chez les enfants des symptômes très marqués peuvent ne déterminer qu'une gêne légère dans la cavité naso-pharyngienne plus spacieuse de l'adulte, et par conséquent passer inaperçues. Le sexe n'a pas d'influence : sur 102 cas observés par Meyer[3], on compte 52 garçons et 50 filles; Woakes[4], d'autre part, constate que la maladie affecte indifféremment les deux sexes. Pour moi, j'en ai observé 82 cas[5], 47 chez des

[1] *Trans. Intern. med. Congress.* London, 1881, vol. III, p. 291 et suivantes. Voir aussi les travaux de cet auteur sur la surdité, le vertige, etc. London, 1880, p. 32.

[2] Depuis cette époque ont paru de nouvelles monographies sur ce sujet, et tous les traités spéciaux contiennent un chapitre consacré à l'étude de cette maladie. (Note des traducteurs.)

[3] *Loc. cit.*, p. 208.

[4] *Loc. cit.*

[5] Tous sont antérieurs à 1879. Depuis lors, j'en ai observé un très grand nombre de cas.

jeunes filles et 35 chez des garçons. 51, de cinq à dix ans; 27, de dix à quinze; 2, de quinze à vingt; un seul à vingt-quatre et un autre à vingt-sept ans.

Le Dr Felix Semon [1] m'a communiqué un tableau de 56 faits observés par lui; sur ce nombre, 53 malades avaient moins de vingt ans. Le Dr Semon estime cependant que dans tous ces cas la maladie avait débuté dans les dix premières années de la vie. Récemment Golding-Bird a rapporté deux observations dans lesquelles les premiers symptômes s'étaient montrés après quarante ans. Le nombre des observations dans lesquels on a noté l'âge et le sexe, est cependant trop restreint pour qu'on puisse en tirer une conclusion exacte; on doit aussi remarquer que pour que les statistiques soient valables en ce qui concerne l'âge des malades, il faut pouvoir s'assurer à quelle époque remonte le début de la maladie [2].

Il est également probable que les exanthèmes aigus et la coqueluche, qui produisent si fréquemment des inflammations catarrhales de la muqueuse de la gorge, jouent aussi un certain rôle dans la production des végétations adénoïdes [3]. On a prétendu que la scrofule prédispose au développement de cette affection, je dois faire observer à ce sujet que mon expérience personnelle confirme celle de Meyer qui a observé que chez les enfants atteints de végétations adénoïdes, on trouvait rarement les signes ordinaires de la strume, tels que l'adénopathie des glandes cervicales, l'ophthalmie ou l'otite [4]. Dans quelques-unes des observations publiées par Lowenberg [5], l'hérédité paraît avoir joué un rôle important, mais encore une fois les

[1] *Guy's Hosp. Reports*, 1881, 3e série, vol. XXV, pp. 441-443.

[2] Pour notre part, nous croyons les végétations adénoïdes plus fréquentes au-dessous de 30 ans qu'après cet âge. (Note des traducteurs.)

[3] Voyez *Traité prat. des maladies du larynx*. Trad. Moure et Berthier, p. 413.

[4] Sans trouver l'apanage complet de la strume chez les enfants atteints de ces néoplasmes, nous considérons cependant la diathèse scrofuleuse comme un facteur important dans l'étiologie des végétations adénoïdes, et les causes invoquées pour l'hyperthrophie des amygdales trouvent encore leur place dans ces cas. (Note des traducteurs.)

[5] *Op. cit.*, p. 12.

statistiques sont trop restreintes et l'attention n'a été attirée sur ce sujet que depuis trop peu de temps pour qu'on ait pu réunir un nombre d'observations satisfaisant. Il est probable que les climats froids et humides ont une influence considérable sur la production de la maladie, qui est plus répandue au nord de l'Europe qu'au sud.

Meyer [1] a observé des végétations adénoïdes chez trois ou quatre individus atteints de division du palais; il les attribue à l'irritation directe de la muqueuse par l'air froid et les aliments. Oakley Coles [2], qui a acquis une expérience exceptionnellement considérable au point de vue des divisions du palais, a trouvé très fréquemment les végétations adénoïdes associées à cette difformité. Je ne sais quelle est la cause de la production des végétations dans les cas de ce genre, mais je dois ajouter que j'ai rarement observé un exemple de division du palais sans constater en même temps dans la région naso-pharyngienne un nombre considérable de tumeurs adénoïdes.

Symptômes. — Chez les nouveau-nés, le premier symptôme qui attire l'attention est d'ordinaire la rudesse de la respiration ou les ronflements pendant le sommeil, parfois aussi des accès de dyspnée analogues à ceux que nous avons décrits à propos du « Coryza aigu infantile » (p. 84). Chez les enfants plus âgés, le timbre sourd de la voix et la surdité, attirent surtout l'attention. On constate aussi fréquemment les symptômes du catarrhe chronique des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne ; et quand on examine la gorge, on aperçoit fréquemment des sécrétions jaune verdâtre, qui coulent le long de la paroi postérieure du pharynx. Le matin on trouve quelquefois l'oreiller de l'enfant souillé par du mucus épais, parfois même par du sang qui s'est échappé de la bouche pendant le sommeil. Dans certains cas, rares il est vrai, le malade rejette une petite quantité de sang pur. La

[1] *Loc. cit.*, p. 209.

[2] *Proc. royal. med. chir. Soc. of London*, 23 novembre 1869; *Brit. med. Journ.*, 1869, vol. II, p. 619. Voir également l'ouvrage de Coles, *Deformities of the Mouth*. London, 1881, 3e éd., p. 51 et suivantes.

bouche constamment ouverte donne à la physionomie cette expression stupide qui, en l'absence d'hypertrophie des amygdales, caractérise les tumeurs des arrière-fosses nasales. Récemment David [1] est allé jusqu'à affirmer que les végétations adénoïdes se révèlent à l'extérieur par un aspect particulier qui est caractérisé par l'allongement de la face, l'affaissement des joues et par suite la saillie des pommettes et la projection en avant de la région incisive supérieure. Cela tient à ce que le malade, dans certains cas, ne pouvant respirer que par la bouche, la voûte palatine (encore en voie de développement et relativement ramollie) est soumise sur sa face buccale à une pression constante, qui la déprime et lui donne la forme d'une gouttière rétrécie. C'est évidemment là une explication erronée, d'un mode irrégulier de développement bien connu des dentistes [2]. Dans les cas de végétations adénoïdes fermant complètement l'arrière-cavité des fosses nasales, il est assez fréquent de constater la déformation particulière du thorax que nous avons décrite à propos de l'hypertrophie des amygdales (vol. I, pp. 91 et 92). Une respiration bruyante pendant la veille et, comme nous l'avons déjà fait observer, le ronflement pendant le sommeil sont aussi des symptômes communs de cette affection. Quand l'enfant est assez âgé pour parler, non seulement il parle du nez, suivant l'expression du vulgaire, mais encore sa voix est voilée ou, comme le dit Meyer, elle est « morte ». C'est quelquefois chez les adultes le seul symptôme de la maladie, tous les autres ayant disparu par suite du développement de la cavité naso-pharyngienne [3]. Dans les cas anciens, la surdité est très souvent le résultat de l'oblitération de l'orifice des trompes par les tumeurs; un cas traité récemment par William Jenner et le Dr Gimson de Wilham nous en fournit (voy. fig. 77) un fort bel exemple. La surdité peut être aussi

[1] *Revue mensuelle de laryngologie*, etc., 1883, n° 12, pp. 380, 381.

[2] Voyez : Oakley Coles : *Op. cit.*, p. 86 et suivantes.

[3] Les sujets atteints ne peuvent prononcer certaines lettres qu'ils modifient non seulement dans leur tonalité, mais dans leur expression; c'est ainsi qu'ils transforment les M en B; au lieu de dire Meyer, ils disent Beyer, etc. (Note des traducteurs.)

le résultat du catarrhe de la trompe et même de l'oreille moyenne, produit par les végétations. (Voy. : *Surdité pharyngienne* (Throat Deafness.)

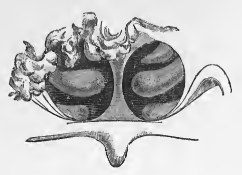


FIG. 77. — Végétations oblitérant l'orifice de la trompe gauche.

A l'examen rhinoscopique on aperçoit les végétations recouvrant en partie les arrière-fosses nasales. Elles sont généralement pâles, quelquefois, cependant rose foncé et même d'un rouge brillant; ordinairement de forme arrondie, leur

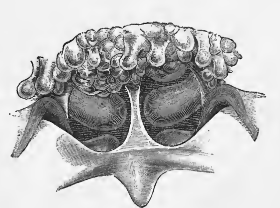


FIG. 78. — Végétations adénoïdes de la voûte du pharynx (chez une jeune femme).

grosseur varie du volume d'un grain de chènevis à celui d'une groseille, parfois, cependant, elles sont plus considérables et souvent elles forment des grappes. Dans quelques cas elles apparaissent suspendues à la voûte du pharynx (fig. 78) comme des

stalactites, et plus rarement encore elles sont aplaties comme les granulations que l'on rencontre souvent sur la paroi postérieure du pharynx; quelquefois elles forment une large traînée qui s'étend le long de la cavité naso-pharyngienne.

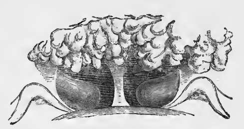


FIG. 79. — Tumeurs adénoïdes chez un enfant.

Les végétations adénoïdes sont surtout abondantes à la voûte et à la partie supérieure de la paroi postérieure de la cavité naso-pharyngienne, mais il n'est pas rare de les voir groupées autour de l'orifice des trompes. Elles recouvrent quelquefois toute la muqueuse des arrière-fosses nasales, mais la cloison est le plus souvent indemne. En raison des difficultés que nous avons déjà signalées (voy. *Rhinoscopie*, p. 23 et suiv.), il n'est pas toujours possible, en particulier chez les enfants très jeunes, de pratiquer l'examen rhinoscopique, mais on peut d'ordinaire sentir facilement ces tumeurs en passant le doigt derrière la luette; elles sont ordinairement lisses, molles, cèdent sous le doigt et saignent facilement. Quand elles existent en grand nombre, elles donnent, ainsi que le fait observer Meyer, la sensation d'un amas de vers de terre. Il n'est pas rare cependant de constater au toucher que les végétations sont séparées les unes des autres[1].

Diagnostic. — On peut confondre les végétations adénoïdes avec un catarrhe chronique, une hypertrophie généralisée de la muqueuse des arrière-fosses nasales, un polype et

[1] Dans quelques cas même elles ont la forme d'une tumeur unique mamelonée, irrégulière à sa surface et sont insérées sur la paroi basilaire par une large base. (Note des traducteurs.)

un abcès rétro-pharyngien. Même les plus novices ne sauraient confondre les tumeurs fibreuses, osseuses ou les exostoses des parois de la cavité naso-pharyngienne avec l'affection qui nous occupe en ce moment. La rhinoscopie antérieure permettra de s'assurer de l'état de la muqueuse des fosses nasales et d'éliminer facilement le catarrhe et la rhinite hypertrophique. Quand ces diverses affections coexistent, l'observation directe ou le toucher digital permettront seuls de faire le diagnostic. Ceux qui ne sont pas familiarisés avec la rhinoscopie devront examiner l'arcade supérieure des arrière-fosses nasales, car si leurs contours tranchants sont voilés par un tissu quelconque attaché au devant d'elles, il est très probable qu'il s'agit de végétations adénoïdes. Le docteur Félix Semon m'informe qu'il a l'habitude de recommander à ses élèves cette façon d'agir qui me paraît, au reste, excellente. Les polypes sont très rares avant l'âge de seize ans et bien que les abcès rétro-pharyngiens affectent souvent une marche insidieuse, ils s'accompagnent de douleurs et de gêne à la déglutition et les symptômes qu'ils déterminent se produisent beaucoup plus rapidement que ceux qui accompagnent les tumeurs adénoïdes. En outre, les abcès sont le plus souvent visibles ou tout au moins faciles à découvrir avec le doigt; ils sont ordinairement douloureux à la pression. Les tumeurs fibreuses de la cavité naso-pharyngienne commencent rarement avant quinze ans. On ne pourrait les confondre qu'au début avec les végétations adénoïdes, car d'ordinaire elles croissent rapidement et provoquent de tels déplacements des parties voisines qu'il est impossible de se méprendre sur leur nature réelle [1]. Les tumeurs osseuses sont rares, si toutefois elles existent en dehors de l'âge adulte, et quand elles sont assez volumineuses pour déterminer l'obstruction elles s'accompagnent ordinairement de douleurs et d'hémorrhagies. Le toucher digital permet, en outre, au praticien d'en reconnaître la véritable nature.

[1] Ces dernières provoquent aussi des hémorrhagies spontanées qui n'existent jamais aussi profuses dans l'affection qui nous occupe. (Note des traducteurs.)

Malgré le nombre des affections avec lesquelles on peut confondre les végétations adénoïdes, si l'on tient compte de l'âge du malade et des symptômes très nets qu'elles déterminent, il est pratiquement impossible de commettre une erreur de diagnostic.

Anatomie pathologique. — L'examen microscopique démontre que les tumeurs naso-pharyngiennes sont formées



FIG. 80. — Section d'une végétation adénoïde (60).

Montrant une petite quantité d'épithélium (Il n'est pas possible de déterminer s'il est cilié ou non) cylindrique recouvrant sa surface, la nature vasculaire de la tumeur, le nombre considérable des cellules qui la décomposent, et deux follicules (analogues à ceux que l'on rencontre dans l'amygdale) : l'un d'eux est rempli de cellules et l'autre vide.

d'un épithélium cylindrique quelquefois cilié, et d'une quantité considérable de tissu adénoïde rétiforme de His, contenant dans sa trame un grand nombre de cellules lymphatiques. On y rencontre parfois de véritables follicules et des glandes agglomérées, de structure éminemment vasculaire. L'élément glandulaire est, d'ordinaire, plus marqué dans les tumeurs enlevées de la voûte du pharynx, tandis que dans celles qui viennent des parois latérales, c'est le stroma de His qui do-

mine. Je suis redevable à M. Butlin, de l'hôpital de Saint-Barthélemy, des admirables dessins qui représentent (fig. 80 et 81) la structure microscopique d'une tumeur adénoïde en-

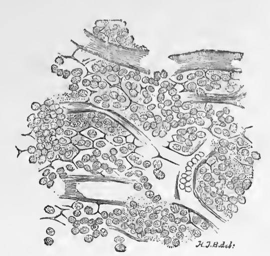


FIG. 81. — Même tumeur avec un plus fort grossissement.
(Le caractère lymphatique ou adénoïde du tissu est évident.)

levée à l'aide de la pince glissante, de la voûte du pharynx d'un enfant de dix ans, atteint de surdité et de nasonnement dans la voix.

Pronostic. — En raison des graves désordres que peuvent produire les végétations adénoïdes, nous ne croyons pas que l'on doive les considérer trop à la légère. D'autre part, et c'est ce qui se produit fréquemment lorsqu'une maladie nouvelle est découverte, on en a peut-être exagéré l'importance. Bien que l'on doive très justement considérer cette affection comme sérieuse quand les végétations sont assez considérables pour gêner la respiration nasale ou pour déterminer une inflammation du voisinage de la trompe d'Eustache, on ne doit pas d'ordinaire trop s'en effrayer. Il est, en effet, éminemment probable que dans bien des cas ces tumeurs s'atrophient spontanément chez l'adolescent, alors que d'autre part la cavité naso-pharyngienne augmente de volume, ce qui atténue

les mauvais effets de leur présence. Toutefois, elles peuvent avant l'adolescence déterminer une surdité permanente, donner lieu à une articulation défectueuse et à des déformations du thorax.

Le docteur Meyer m'informe que, d'après son expérience personnelle, les végétations adénoïdes ont une tendance à se reproduire avec une plus grande abondance que précédemment, lorsque la masse tout entière n'a pas été soigneusement enlevée; mais je ne crois pas que cette observation s'accorde avec l'expérience des autres auteurs qui se sont occupés de la question [1].

Traitement. — Il doit avoir pour but l'ablation ou la destruction des tumeurs. Quand elles siègent à la voûte, les pinces tranchantes de Löwenberg (voy. *Instruments pour les fosses nasales*) ou de Solis-Cohen[2] permettent de les enlever facilement. Ces deux médecins paraissent avoir proposé à peu près à la même époque ce mode d'ablation. Cohen fait observer qu'il se sert de pinces coupantes, construites sur le modèle des pinces de Mackensie pour les tumeurs du larynx, muni d'un manche recourbé, conformément à la disposition anatomique des parties dans lesquelles on doit l'introduire [2].

La forme de l'instrument de Löwenberg avec la modification apportée par Woakes dans les bords tranchants, me semble préférable; les branches sont en effet plus courtes et forment avec le manche un angle plus obtus. Chez les enfants que l'on croit devoir se montrer indociles ou qui se refusent à une application répétée de l'instrument — le fait se produit chez ceux de trois ou quatre ans, — j'administre d'or-

[1] Pour notre part, nous partageons absolument la manière de voir de l'auteur et nous considérons l'ablation *complète* des végétations comme inutile dans le cas où ces tumeurs n'apportent aucun trouble sérieux soit à la respiration, soit à l'audition. Ce fait de l'atrophie des tumeurs adénoïdes avec l'âge est certainement la cause de l'oubli dans lequel on avait laissé cette étude jusqu'au moment où parurent les travaux de Löwenberg et de Meyer sur ce sujet. (Note des traducteurs.)

[2] *Diseases of Throat*, etc., New-York, 1877, 2e éd., p. 262. L'auteur donne une figure de son instrument.

dinaire du chloroforme. Chez les enfants plus jeunes et chez les adultes, je n'emploie jamais aucun anesthésique. Il est rare que l'on puisse se servir des pinces en tenant le miroir en place; il suffit, le plus souvent, de faire un diagnostic exact et d'introduire les pinces immédiatement après.

Certains opérateurs guident les pinces avec l'index de la main gauche; cette façon d'agir est rarement nécessaire, excepté quand le malade est anesthésié. Pour l'ablation des végétations de la paroi latérale, Löwemberg recommande une modification de la cuillère tranchante de Wolkmann, recourbée de façon à pouvoir être facilement introduite dans les arrière-fosses-nasales. Quand on opère avec cet instrument, on doit se servir de l'index de la main libre pour maintenir solidement en place la tumeur. Les pinces que j'ai décrites (fig. 48, p. 60) peuvent parfaitement servir pour cet ordre de végétation. Récemment Meyer a recommandé un instrument à peu près analogue, mais il insiste surtout sur l'emploi de son couteau annullaire (pp. 62 et 63) dont il se sert à peu près exclusivement. En Angleterre, toutefois, les malades redoutent beaucoup le passage d'un instrument d'une certaine grosseur par le nez, aussi presque tous les opérateurs pratiquent l'ablation des tumeurs par l'arrière-cavité des fosses nasales.

Zaufal[1] a réussi à enlever des végétations de la cavité naso-pharyngienne en introduisant dans l'un de ses spéculums (fig. 6, p. 17) un fil de fer qu'il pousse fort habilement de manière à former un anneau et à saisir la tumeur. Capart[2] a adopté cette méthode, mais il se sert du serre-nœud galvanique. Cet auteur fait encore usage assez souvent d'une espèce de couteau annulaire porté sur un bouclier métallique qui protège le doigt (voy. *Instruments pour les fosses nasales*, fig. 50, p. 63), tandis que Guye[3], d'Amsterdam, se sert de l'ongle dans le même but.

Au cours de l'opération, il se produit assez souvent de lé-

[1] *Prag. med. Wochenschr.*, 1878.

[2] *Bull. Acad. roy. de méd. de Belg.* 1879, 3e série, XIII, 1151.

Trans. Intern. med. Congress. London, 1881, vol. III, p. 290.

gères hémorhagies qui nécessitent l'emploi d'une hémostatique. On peut pratiquer alors une irrigation d'eau froide, ou faire derrière la luette des insufflations de poudre de tannin ou de matico. En fait, je n'ai jamais observé d'hémorrhagie assez sérieuse pour nécessiter l'emploi d'un autre styptique.

Si l'on fait usage du galvano-cautère, l'instrument de Lincoln (fig. 45, p 59) sera, j'en suis sûr, très commode.

Pour rétablir la respiration par les fosses nasales il est très important de recommander aux malades de tenir la bouche fermée, et pendant le sommeil ils pourront porter, comme le recommande Löwenberg, une mentonnière munie de liens qu'on attache derrière la tête, ou le respirateur recommandé par Guye [1], d'Amsterdam.

La méthode de Löwenberg [2] me paraît préférable; je l'ai employée une fois ou deux dans ma pratique privée et elle m'a donné des résultats satisfaisants.

POLYPES FIBREUX

DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Latin Eq. — Polypi fibrosi pharingis nasalis. Polypi naso-pharyngei.
Anglais Eq. — Fibrous polypi of the naso-pharynx.
Allemand Eq. — Nasenrachenpolypen.
Italien Eq. — Polipi fibrosi della faringe nasale.

Définition. — *Tumeurs de structure fibreuse, qui naissent généralement de la voûte du pharynx, s'étendent souvent dans les fosses nasales et même dans l'antre, ou bien descendent dans le pharynx jusqu'à l'épiglotte, et lorsqu'elles ont un volume considérable déterminent une déformation considérable de la face, l'obstruction des fosses nasales et parfois une*

[1] *Op. cit.*, p. 70.
[2] *Intern. med. Congress.* Bruxelles, 1875.

dyspnée très intense. Ces tumeurs se produisent presque toujours chez l'homme de quinze à vingt-cinq ans, sont généralement uniques, saignent facilement lorsqu'on les touche, quelquefois spontanément, ont une tendance marquée à la récidive après leur ablation, et ont une prédisposition à l'arrêt de développement et même à l'atrophie après vingt-cinq ans.

Historique. — Bien qu'on trouve fort souvent mentionnés dans les auteurs anciens des polypes suspendus dans l'arrière-cavité des fosses nasales, on peut dire que la littérature des fibrômes naso-pharyngiens commence avec le travail de Manne[1], dans lequel il explique sa méthode pour enlever les tumeurs de ce genre, et qui fut publié dans la dernière moitié du siècle dernier. Bientôt après, Garengeot[2] traita le sujet d'une façon sommaire et quelques années plus tard, Manne[3] publia un second opuscule contenant quelques observations nouvelles. Taranget[4] et Eustache[5] en publièrent des exemples et Icart[6], en 1731, présenta à l'Académie royale de chirurgie de Paris, un mémoire assez bien fait sur les polypes naso-pharyngiens, mémoire qui, de nos jours encore a une certaine valeur en raison du nombre d'observations soigneusement prises qu'il renferme. L'ouvrage de Levret[7] sur les polypes renferme quelques bons conseils pour l'ablation des tumeurs de ce genre, surtout par la ligature, méthode dont cet auteur ingénieux est l'inventeur. Morand[8], peu après, réussit à enlever un polype avec ses doigts seuls par ce qu'il appelle l'ébranlement, c'est-à-dire en faisant mouvoir la tumeur sur sa base à l'aide d'un doigt introduit aussi profondément que possible dans l'une des narines, tandis qu'un ou deux doigts de l'autre main étaient passés derrière le voile du palais. Quelques années plus

[1] Dissertation curieuse au sujet d'un polype extraordinaire qui occupoit la narine droite, qui bouchoit les deux fentes nasales, et qui descendoit par une grosse masse extirpée à un pastre du Dauphiné. Avignon, 1717.

[2] *Traité des opérations de chirurgie.* Paris, 1731, t. III, p. 50 et suivantes.

[3] Observation au sujet d'un polype extraordinaire. Avignon, 1747.

[4] Documents inédits de l'Académie royale de chirurgie, publiés par Verneuil. Voyez *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 15 juin 1860, p. 388.

[5] *Ibid.*

[6] *Ibid.*, 20 juillet 1860, p. 465.

[7] *Obs. sur la cure radicale de plusieurs polypes.* Paris, 1771.

[8] *Opuscule de chirurgie.* Paris, 1772, IIe partie, p. 196.

tard, Nannoni[1] extirpa un polype par la méthode de Manne. Au commencement de ce siècle, Whately[2] imagina une façon ingénieuse de guider les ciseaux ou les pinces tranchantes vers la base de ces tumeurs. En 1816, Ansiaux[3] rapporte un cas dans lequel il fit usage de la méthode de Manne ; n'ayant pas réussi à enlever la tumeur avec les pinces, il la détruisit à l'aide de cautérisations répétées. En 1832, Syme[4], à propos d'un polype naso-pharyngien, fit pour la première fois la résection du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour enlever une tumeur n'ayant aucune connexion avec l'os lui-même. Mott[5], d'après Symes, aurait, à peu près à la même époque, pratiqué la résection du maxillaire supérieur dans un cas de polype naso-pharyngien, mais je n'ai trouvé ce fait rapporté nulle part. En 1834, Dieffenbach[6] publia un certain nombre d'observations de fibrômes enlevés à l'aide du bistouri, des ciseaux, des pinces, ordinairement après division préalable du voile du palais. Ainsi que nous l'avons déjà dit, ce moyen avait été employé avant lui, mais seulement dans le but de se frayer un libre accès vers la tumeur, tandis que Dieffenbach, autant que j'ai pu m'en assurer, fut le premier qui démontra combien cette mesure était utile en elle-même pour remédier à la dyspnée que détermine souvent la présence des polypes volumineux dans la région naso-pharyngienne. Blandin[7] mit en pratique avec quelques succès la méthode d'ébranlement de Morand, mais il le pratiquait non plus avec les doigts, mais avec les pinces. En 1840, Flaubert[8] enleva le maxillaire supérieur tout entier pour détruire une tumeur qui avait résisté à plusieurs tentatives d'extraction par les procédés ordinaires. Il croyait très certainement être le premier à pratiquer cette opération et de fait l'ablation du maxillaire supérieur, dans les cas de tumeurs n'ayant aucune connexion osseuse; est encore de nos jours appelée opération de Flaubert, par les écrivains français.

[1] Nessi : *Istituz. di chirurgia.* Venezia, 1787, p. 228.

[2] *Cases of two extraordinary polypi removed from these nose.* London, 1805.

[3] *Clinique chirurgicale,* t. VIII. Liège, 1816, p. 137 et suivantes.

[4] *Edin. Med. and surg. Journ.*, vol. XXXVII, p. 322.

[5] *Ibid.* Cette assertion repose sur une lettre privée de Mott.

[6] *Chirurgische Erfahrungen.* Berlin, 1834. *Dritte und vierte Abtheilung,* p. 236 et suivantes.

[7] *Dict. de méd. et de chir. prat.* Art. *Polypes.* Paris, 1835, t. XIII.

[8] *Arch. gén. de méd.* 1840, 3e série, t. VIII, p. 436 et suivantes.

Adelmann[1] a rapporté un cas de polype naso-pharyngien volumineux, qui (en dehors des autres lésions) avait déterminé une perforation de la voûte palatine. Cette ouverture agrandie par une incision du voile du palais fut utilisée pour arriver jusqu'à la tumeur. Ce fait a peut-être donné l'idée à Nelaton[2] de trépaner la voûte palatine, méthode qui, bien que rarement employée en Angleterre paraît être en grande faveur chez les chirurgiens français. Nelaton avait porté son attention sur les tumeurs naso-pharyngiennes, leurs insertions et les moyens de les extirper. Bien qu'on ne trouve pas grand'chose à ce sujet dans ses écrits, ses idées ont été exposées, et les cas opérés par lui et ses moyens de traitement ont été rapportés par ses élèves[3]. Chassaignac[4], Langenbeck[5] Huguier[6], Demarquay[7] et Ollier[8] ont imaginé diverses méthodes de résection temporaire du plancher des fosses nasales et d'une partie du maxillaire supérieur. Tandis que Roux[9] suggérait une méthode de mobilisation du maxillaire supérieur tout entier, permettant au chirurgien de séparer les deux maxillaires et de voir ainsi sur la plus grande étendue possible le pharynx et la base du crâne. Toutefois cette formidable opération n'a jamais été tentée sur le vivant. Les opérations pratiquées par Langenbeck et Von Bruns ont été décrites en 1872 par Paul Bruns[10] qui réclame pour ces derniers le mérite de l'invention de ces méthodes, attribué d'ordinaire à Huguier et à Chassaignac. Un remarquable article publié par Gosselin et Denonvilliers[11] a fourni depuis les éléments de la question aux auteurs qui se sont occupés des tumeurs de la cavité naso-pharyngienne. Maisonneuve[12] a modifié l'opération de Manne en pratiquant simplement une

[1] *Untersuchungen über Krankhafte Zustande der Oberkieferhole.* Dorpat und Leipzig, 1844.

[2] Botrel : D'une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens. Paris, 1849. La première opération de Nélaton fut faite en 1848.

[3] Botrel, Desgranges, d'Ornellas, Vauthier, Robin-Massé.

[4] *Traité des opérations chirurgicales*, t. II, p. 448.

[5] *Deutsche Klinik*, n° 48, 1859.

[6] *Bull. de l'Académie de méd.* Paris, 28 mai 1861.

[7] *Gaz. hebd.* 29 août 1862, p. 554.

[8] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, p. 263 et suivantes.

[9] *Gazette des Hôpitaux*, 30 juillet 1861.

[10] *Berlin. Klin. Wochenschrift*, vol. IX, pp. 138 et 149.

[11] *Compendium de chirurgie pratique*, vol. III.

[12] *Gazette hebdomadaire*, 2 et 10 septembre 1859, p. 612.

boutonnière au voile du palais au lieu de le diviser dans toute son étendue. D'autre part, le procédé de Nélaton a été également modifié par Richard[1] qui trépane la voûte palatine sans diviser le voile. Robin Massé[2], en 1864 publia une étude complète des tumeurs naso-pharyngiennes, d'après les leçons professées par Nélaton. Plusieurs écrivains anglais et américains ont rapporté des cas de polypes fibreux naso-pharyngiens ayant nécessité de graves opérations chirurgicales ; citons entre autres Bryant[3], Cheever[4], Rouse[5], Thomas[6], Waterman[7], Clark[8], Cooper Forster[9], Whitehead[10], Sands[11], Berkeley Hill[12], Mac Cormac[13], Ratton[14], Ogilvie Will[15] et Henry Morris[16]. Sands[17], en 1873, donna une très bonne description des divers procédés opératoires employés pour le traitement de ce genre de tumeur, et l'année suivante Cheever[18] décrivant une nouvelle méthode de déplacement temporaire du maxillaire supérieur, comparait avec un grand sens critique les différentes « opérations préliminaires ». Bensch[19], en 1878 publia un essai court, mais complet, sur les tumeurs de la cavité naso-pharyngienne et le récent article de Spillmann[20] sur le même sujet est plein de renseignements utiles. Le dernier travail écrit au sujet de ces tumeurs est un article fort instructif de R. P. Lin-

[1] Beuf : *Des polypes fibreux de la base du crâne*. Thèse de Paris, 1857,

[2] *Des polypes naso-pharyngiens*. Paris, 1864.

[3] *Trans. Path. Soc.* London, vol. XVIII, p. 107.

[4] *Boston med. surg. Journ.*, 11 mars 1869.

[5] *Lancet*, 27 février 1869.

[6] *Ibid.*, 1er mai 1869.

[7] *Boston med. Surg. Journ.*, 8 avril 1869.

[8] *Ibid.*, 19 octobre 1871.

[9] *Lancet*, 20 mai 1871.

[10] *New-York Med. Record.*, 2 janvier 1872.

[11] *Brown-Sequard's Arch. of med.*, juin 1873.

[12] *Lancet*, 20 juin 1874.

[13] *Saint-Thomas's Hosp. Report.*, 1875, p. 65 et suivantes.

[14] *Lancet*, 3 novembre 1878.

[15] *Ibid.*, 6 décembre 1879.

[16] *Med. Times and Gaz.*, 4 juin 1881 ; et *ibid.* 11 juin 1881.

[17] *Loc. cit.*

[18] *Boston med. surg. Journ.*, 1874, vol. XC, p. 545 et suivantes.

[19] *Beitræge zur Beurtheilung der chirurg. Behandlung der Nasenrachenpolypen*. Breslau, 1878.

[20] *Dict. Encyclop. des sciences méd.*, 1881, 2e série, t. XIII. Art. *Nez.*

coln[1], qui donne les résultats des différents modes de traitement dans cinquante-huit cas.

Etiologie. — Très certainement cette affection est rare. Paget [2] fait observer qu'il n'a jamais eu l'occasion d'observer des tumeurs de ce genre *in situ*, et qu'en somme il n'en a vu qu'un très petit nombre de spécimens conservés. Il semble toutefois, d'après les nombreuses observations publiées par les chirurgiens français, que cette affection est moins rare en France qu'en Angleterre. Les fibromes naso-pharyngiens débutent ordinairement entre quinze et vingt-cinq ans ; on les voit naître parfois chez l'enfant, et plus rarement une fois passée la période de l'adolescence. Bensch [3] a réuni 118 cas de tumeurs naso-pharyngiennes ; plusieurs d'entre eux, pour divers motifs, ne doivent pas entrer en ligne de compte. Quelques-unes étaient évidemment des tumeurs malignes, d'autres étaient de structure cartilagineuse ou simplement muqueuse, tandis que plusieurs observations étaient rapportées d'une façon trop incomplète pour qu'on puisse en tenir compte. En laissant de côté ces différents cas, il en reste 66, sur lesquels 58 étaient des hommes âgés de onze à vingt-cinq ans; sur les 8 qui restent, 7 étaient des garçons de dix ans et le huitième une fille de quatorze ans[4]. Le tableau de Bensch contient des exemples de malades des *deux* sexes [5] âgés de plus de vingt-cinq ans, mais alors même que l'on avait affaire à des tumeurs de structure fibreuse, les cas de ce genre, d'après Bensch, ne présentaient pas des caractères cliniques permettant de les considérer comme de véritables polypes fibreux naso-pharyngiens. La statistique de Lincoln comprend 59 exemples de tumeurs naso-pharyngiennes, rapportés au cours d'une

[1] *Archives of Laryngology*, 1883, vol. IV, n° 4, p. 258 et suivantes.

[2] *Lectures on Surgical Pathology*. London, 1870, 3e éd., p. 475.

[3] *Op. cit.*, p. 106 et suivantes.

[4] Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, mais qui souffrait de cette affection depuis l'âge de onze ans.

[5] Entre autres, un cas de Verneuil. (*Bull. de la Soc. de chirurgie* 1873, t. II, 3e série, p. 347.) La malade était une femme âgée de soixante-deux ans.

période comprise de 1859 à 1873; sur ce nombre, il n'y a pas moins de 38 cas de vrais polypes naso-pharyngiens, tous étaient survenus chez des hommes au-dessous de vingt-cinq ans. Nélaton[1] au reste est allé jusqu'à affirmer qu'il ne connaissait aucun exemple authentique de polype naso-pharyngien développé chez la femme à n'importe quel âge ou chez l'homme au-dessus de vingt-cinq ans. Tout en convenant que cette loi ainsi posée est beaucoup trop absolue, il n'en reste pas moins ce fait que les cas survenus chez la femme sont une véritable exception.

Il n'est pas démontré que cette affection soit héréditaire, bien qu'on ait rapporté un cas de polype fibreux congénital[2]. Les causes qui amènent le développement des polypes naso-pharyngiens sont inconnues, mais cette affection, suivant toute probabilité, est due à un développement irrégulier, pendant la croissance, du tissu fibreux qui à l'état normal est très abondant à la face inférieure de la base du crâne. L'âge (quinze à ving-cinq) auquel ces tumeurs ont le plus de tendance à se développer est précisément celui pendant lequel les tissus fibreux de l'organisme sont à la période la plus active de leur développement. C'est alors que les ligaments articulaires acquièrent leur complète solidité et il ne paraît pas invraisemblable qu'une activité plastique exagérée puisse, pendant cette phase du développement organique, donner lieu à ces redoutables tumeurs.

Symptômes. — Au début, le malade s'aperçoit que l'une ou l'autre narine est obstruée ; il éprouve en même temps une sensation désagréable au niveau des orifices postérieurs des fosses nasales. A mesure que l'affection se développe, l'obstruction des deux fosses nasales devient complète, et si la tumeur fait saillie dans le pharynx, la dyspnée est souvent très intense. Le malade est ordinairement sourd d'une oreille et

[1] *Rapport sur les progrès de la chirurgie*, par MM. Denonvilliers, Nélaton, Velpeau, etc. Paris, 1867, p. 325.

[2] Voisin. Cité par Verneuil. *Gaz. heb.*, 1860. D'après les « Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie »

quelquefois les deux sont atteintes. L'articulation de la parole est souvent indistincte, à cause de la pression exercée par la tumeur sur le voile du palais ; la dysphagie vient en outre parfois compliquer la situation. Un curieux symptôme, observé dans plusieurs cas de cette affection, est la léthargie ; le malade s'endort alors même qu'il se tient debout. Whately [1] a donné de remarquables exemples de ce symptôme : un malade s'endormait dans sa boutique en servant un client, ou dans la rue étant à cheval ; un autre, apprenti coiffeur, s'endormit en frisant les cheveux d'un client et laissa tomber le fer chaud sur sa tête [2]. Une grande sensation de fatigue accompagne ce sommeil [3]. Il existe d'ordinaire une abondante sécrétion purulente, qui exhale parfois une odeur fétide.

Les épistaxis sont la règle ; elles sont parfois très graves. Ainsi Whately rapporte le cas d'un malade qui eut des saignements de nez à trois reprises différentes dans l'espace d'un an ; l'hémorrhagie durait chaque fois 6 jours, la quantité de sang perdue était de deux litres à deux litres et demi. Les hémorrhagies sont quelquefois si fréquentes et si abondantes qu'elles réduisent le malade à un état d'anémie dangereuse.

La rhinoscopie postérieure permet au début d'apercevoir la tumeur ; on peut aussi la sentir avec le doigt. Elle est ordinairement lisse, dure et résistante, de coloration rouge ou pourprée et souvent ulcérée et recouverte d'une sécrétion sanieuse. La tumeur est ordinairement pédiculée ; le plus souvent toutefois le pédicule est large. On a beaucoup discuté sur le point d'insertion exact de ces fibromes. On admet d'ordinaire qu'ils

[1] *Op. cit.*, pp. 3 et 20.

[2] *Op. cit.*, p. 2.

[3] Ce fait peut s'expliquer par la gêne respiratoire apportée par la tumeur ; on observe également ce symptôme chez les adultes porteurs de grosses amygdales obstruant l'arrière-gorge et apportant un obstacle à l'hématose. Nous avons eu l'occasion d'observer un exemple de ce genre chez un homme de quarante ans qui, une fois débarrassé de ces troubles, a repris sa vitalité ancienne et son énergie habituelle, ne s'endormant pas au moindre repos. (Note des traducteurs.)

[4] Robin-Massé, *Op. cit.*, p. 12.

peuvent naître sur le vomer, la face interne de l'apophyse ptérygoïde, à la partie antérieure de la face supérieure des premières vertèbres cervicales, et de fait sur toutes les parties de la voûte ou des parois latérales de la cavité naso-pharyngienne. Cependant, Nélaton[1], dont les idées sont généralement admises en France, soutient que le point d'origine primitif est, dans tous les cas, le périoste qui recouvre un espace limité de la face inférieure de la base du crâne, correspondant à l'apophyse basilaire de l'occipital et au corps du sphénoïde. Il affirme que lorsque la tumeur paraît être insérée sur d'autres points, soit dans la cavité naso-pharyngienne, soit dans le nez, cela prouve simplement qu'il existe des adhérences secondaires contractées par la tumeur au cours de son développement. On peut admettre cette théorie comme exacte au moins dans la grande majorité des cas. Dans le but de s'assurer de l'origine exacte de la tumeur, il est souvent utile d'introduire un stylet par les fosses nasales, tandis que le doigt est porté dans la bouche ; on peut alors imprimer au polype des mouvements et déterminer ainsi plus facilement ses rapports. A mesure que la tumeur s'agrandit elle devient visible dans le pharynx, tandis que dans d'autres cas où elle est suspendue dans la gorge, on peut agrandir le champ opératoire en tirant en avant le voile du palais. Les symptômes ultérieurs dépendent de la direction que prend le néoplasme au cours de son développement. S'il s'étend dans la gorge, il repousse le voile du palais en avant et gêne ainsi la déglutition, il amène ordinairement aussi une inflammation de la trompe d'Eustache qui devient le point de départ d'un catarrhe de l'oreille moyenne et détermine une surdité considérable. Si la tumeur se développe dans les fosses nasales elle peut séparer les os du nez l'un de l'autre, amener l'élargissement du dos du nez en même temps qu'elle sépare les yeux et qu'elle repousse le globe oculaire hors de l'orbite, déterminant ainsi cette difformité hideuse à laquelle on a donné le nom de face de grenouille (*frog-face*). Elle peut aussi comprimer le canal lacrymal et amener de l'épiphora. Si la masse s'étend au-dehors elle peut causer un déplacement du globe, déterminer une exophthalmie et même une inflammation qui

amène la destruction de l'œil, ou, pénétrant dans l'antre, déterminer un gonflement considérable de la joue. La tumeur produit un effet analogue quand elle se porte vers la fissure ptérygo-maxillaire et s'étend vers la joue au-dessous de l'apophyse zygomatique. Ce que l'on doit le plus redouter, c'est que le néoplasme ne se propage en haut vers la base du crâne, ne s'ouvre une issue dans la cavité cranienne et ne détermine la compression ou la destruction de la substance cérébrale. On doit faire observer cependant que la paroi cranienne peut être perforée ou érodée sur une étendue considérable par la tumeur sans qu'il se produise des troubles notables du côté du cerveau[1].

Diagnostic. — Au début, la rhinoscopie et l'examen digital permettent de reconnaître la maladie et lorsqu'elle est un peu avancée il est à peine possible de la confondre avec une autre affection. Il est souvent impossible, sans examiner la tumeur au microscope, de distinguer un fibrome d'un sarcome, mais l'âge et le sexe du malade seront d'un grand secours pour arriver à se faire une juste idée de la nature du mal.

Les tumeurs cartilagineuses sont si rares dans la cavité naso-pharyngienne que nous n'avons pas à en tenir compte; quant aux tumeurs osseuses elles n'ont jamais été observées dans cette région. On a rapporté de curieuses et presque inévitables erreurs du diagnostic. Un cas bien connu est celui dans lequel Vacca Berlinghieri[2] croyant extraire un polype enleva un névrôme de la grosseur d'une pêche qui siégeait sur la seconde division du nerf de la cinquième paire. On peut citer encore le cas déjà mentionné (p. 184) dans lequel une hernie du cerveau simulait un polype. L'ophthalmoscope peut révéler l'existence d'une compression du nerf optique, mais dans un cas rapporté par Ollier[3] les symptômes cérébraux se produisi-

[1] Petit, dans sa thèse, en rapporte plusieurs cas : *De quelques considérations sur les polypes naso-pharyngiens et leur propagation au cerveau.* Paris, 1881, pp. 25,26, 32 et 37.

[2] *Arch. gén.*, t. XXIII, p. 431.

[3] *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1866, p. 264.

rent sans qu'on put observer aucune trace d'atrophie du disque optique.

Anatomie pathologique. — Les polypes fibreux du pharynx nasal présentent les caractères ordinaires des fibromes. Ils sont excessivement denses et ne diffèrent des tumeurs semblables des autres parties du corps que par l'absence de fibres élastiques. Les vaisseaux contenus dans l'épaisseur de la tumeur sont ordinairement petits, mais ceux qui rampent à la surface ont souvent un très gros calibre. D'après Gross [1], les parois de ces vaisseaux sont très fragiles, et c'est à cette particularité qu'il attribue leur tendance à saigner, tendance qui est favorisée par ce fait que les vaisseaux sont entourés d'un tissu fibreux très dense qui ne leur permet pas de se rétracter quand ils ont été rompus. Muron [2], qui a soigneusement examiné un polype enlevé par Verneuil chez un enfant de quinze à seize ans, fait observer que dans ce cas les vaisseaux étaient nombreux et avaient pour la plupart une structure plus ou moins embryonnaire. Les parois des plus petits d'entre eux étaient composées d'une couche de petites cellules fusiformes; d'autres avaient deux couches, et quelques autres trois ou quatre. Les vaisseaux complètement organisés et présentant les trois tuniques ordinaires étaient en très petit nombre. Parfois, une portion considérable de la tumeur est formée de véritable tissu érectile [3], et dans les cas de ce genre les hémorrhagies sont naturellement très fréquentes. Virchow [4] pense que dans quelques-uns des cas de ce genre cette structure particulière est due à la prolifération du tissu caverneux normal qui recouvre les cornets.

Pronostic. — Il est défavorable à moins que l'affection ne soit reconnue et traitée au début. La seule circonstance satisfaisante, c'est que ces tumeurs ne tendent pas à s'accroître,

[1] *System of surgery*. Philadelphia, 1872, 5e édit., p. 371.

[2] *Bull. de la Soc. de biologie*, 3 juillet 1869, p. 223.

[3] E. Neumann : *Virchow's Archiv*. Bd. XXI, p. 280.

[4] *Die Krankhaften Geschwülste*. Bd. III, p. 463.

mais plutôt à se resorber et à s'atrophier après vingt-cinq ans. De sorte que si par des tentatives répétées d'extraction, l'on parvient à maintenir la tumeur dans de justes limites on peut espérer la voir s'arrêter spontanément et disparaître, une fois passée la période de l'adolescence. Le seul exemple de disparition de la tumeur sans intervention a été rapporté par Laffont[1]. Le malade était un homme de vingt-quatre ans qui présentait depuis trois ou quatre ans les symptômes caractéristiques des polypes fibreux ; lorsqu'on l'examina pour la première fois, on put constater une tumeur naso-pharyngienne volumineuse qui se prolongeait dans les fosses nasales et vers la joue.

Comme il n'y avait pas urgence, on différa l'emploi des moyens chirurgicaux, et quelques mois après, lorsque le malade revint, il restait à peine quelques traces de la tumeur. Les polypes fibreux naso-pharyngiens tombent aussi quelquefois spontanément. Tel est le cas rapporté par Birkett[2], la tumeur se détacha d'elle-même après plusieurs hémorrhagies successives, qui avaient nécessité la ligature de la carotide primitive gauche. Un autre exemple de chute spontanée, d'une tumeur naso-pharyngienne qui avait récidivé après l'ablation à l'aide des pinces, a été observé chez une femme à l'hôpital Saint-Georges[3]. Dans ce cas la tumeur disparut « si complètement........ qu'on ne put en trouver plus tard aucune trace ».

Traitement. — Les méthodes de traitement des polypes naso-pharyngiens sont appelées à subir des modifications fondamentales. En effet, jusqu'à une époque relativement récente, règle générale, les polypes acquéraient des dimensions considérables avant qu'on put être fixé sur leur nature véritable et même dans quelques cas sur leur existence. Mais de nos jours les fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne

[1] *Gaz. hebdom.*, 15 janvier 1875, p. 37.
[2] *Brit. med. Journ.*, 13 février 1858, p. 119.
[3] *Ibid.*, 23 janvier 1858, p. 61.

peuvent être explorées par l'inspection directe et l'on est sûr de pouvoir observer un fibrome à une période de son développement où il est encore justiciable d'un traitement relativement bénin. Il est par conséquent très probable que les graves opérations dites préliminaires, que l'on doit décrire encore à l'heure actuelle, deviendront absolument hors de saison et que le galvano-cautère appliqué par les *voies naturelles* pourra dans une large mesure prendre le pas sur toutes les autres méthodes. La tumeur, cependant, peut avoir acquis un développement considérable avant que le malade ait été soumis à l'observation; dans les cas de ce genre la première question qui se pose au chirurgien est de décider s'il doit recourir à un traitement radical ou adopter simplement des mesures palliatives. La tendance naturelle de ces tumeurs à s'arrêter après vingt-cinq ans constitue un argument puissant en faveur de ceux qui soutiennent qu'on ne doit instituer aucun traitement actif, en dehors de ce qui est absolument nécessaire pour obvier aux symptômes urgents. Gosselin[1] nous en a donné un exemple excellent. Les symptômes ordinaires de l'affection avait pour la première fois éveillé l'attention du malade, vers l'âge de seize à dix-sept ans, mais ce n'est que trois ans plus tard qu'il vint réclamer les conseils d'un médecin. Presque toutes les méthodes furent employées pour l'extirpation radicale de la tumeur, mais la récidive survint très rapidement après chaque opération, et finalement Gosselin fut obligé de garder le malade à l'hôpital pour lui permettre de recouvrer ses forces en vue d'une intervention nouvelle. Mais la face du malade se déforma d'une façon hideuse, et il ne tarda pas à présenter les symptômes très nets de compression cérébrale, de plus, la déchéance vitale avait atteint ses dernières limites. Gosselin le croyait irrévocablement voué à une mort prochaine. Il revit, cependant, le malade une fois encore lorsqu'il eut atteint vingt-cinq ans et fut très étonné de voir, que bien qu'on n'eût fait aucune tentative nouvelle d'extirpation

[1] *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1873, t. I, Leçon 8e, p. 92

pendant ce laps de temps, toute trace de tumeur avait disparu. Gosselin conclut, de ce fait, que tant que les symptômes urgents, tels que la gêne respiratoire ou à la déglutition, les hémorrhagies nasales abondantes, peuvent être combattus par l'ablation partielle de la tumeur, on doit éviter une extirpation radicale. Si, lorsque la période de l'adolescence est passée, la tumeur n'est pas complètement résorbée, on peut alors tenter son extirpation avec l'espérance bien fondée qu'il ne se produira pas de récidive.

Le GALVANO-CAUTÈRE, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, est appelé plus tard à prendre le pas sur toutes les autres méthodes de traitement, et les résultats récemment publiés par Lincoln[1] démontrent d'une manière concluante que son action est des plus efficace quand la tumeur est de grosseur moyenne. Trois fois il en a fait usage et n'a jamais eu de récidive depuis l'opération. Les deux premiers, malades opérés depuis huit ans, n'ont plus éprouvé aucun symptôme de la maladie ; le troisième ne présentait aucun signe de récidive onze mois après l'opération. On doit noter que les malades avaient chacun quinze, dix-sept et vingt et un ans, de sorte qu'ils se trouvaient tous à la période où le développement des fibromes se fait avec le plus d'activité. Lincoln[2] cite des cas traités au galvano-cautère par Gulcke et Roth ; dans le premier il ne se produisit aucun signe de récidive pendant quatre ans et demi ; dans le second, le malade est resté deux ans et demi sans présenter aucun signe de l'affection.

La meilleure méthode dans l'emploi du galvano-cautère consiste à enlever la tumeur par l'anse galvanique introduite par la bouche ou les fosses nasales. On doit ensuite détruire soigneusement le pédicule à l'aide de cautérisations galvaniques faites à des intervalles plus ou moins espacés, suivant qu'on le juge convenable ; une cautérisation par semaine suffit dans la plupart des cas. L'instrument le plus simple et le

[1] *Arch. of Laryngology*, 1883, vol. IV, nº 4, p. 258 et suivantes.

[2] *Arch. of Laryngology*, 1883, vol. IV, nº 4, pp. 274, 275.

plus convenable dans les cas de ce genre est l'électrode rétro-nasal de Lincoln (fig. 45, p. 59).

Parmi les autres méthodes de traitement, nous devons mentionner : l'*électrolyse*, la *ligature*, l'*ablation par* l'*écraseur*, l'*arrachement*, l'*excision*, le *broiement*, l'*enlèvement avec les ciseaux*, le *thermo-cautère* et les *applications caustiques*.

Électrolyse. — On peut employer pour l'électrolyse une batterie donnant un courant continu, de moyenne intensité. L'opérateur doit, en passant derrière la luette, introduire dans la tumeur une ou plusieurs aiguilles reliées au pôle négatif, tandis que le néoplasme est mis en rapport avec le pôle positif au moyen d'une aiguille introduite par les fosses nasales, ou au moyen d'un électrode muni d'une éponge et mis en contact avec le sternum. Les aiguilles les plus convenables pour l'électrolyse des tumeurs rétro-nasales ont été inventées par Cohen [1]. L'opération doit durer dix minutes ou un quart d'heure chaque fois, et l'on peut la répéter chaque jour ou tous les deux jours.

Nélaton [2], Paul Bruns [3], Ciniselli [4], Fischer [5] et Lincoln [6] ont rapporté des exemples dans lesquels ce mode de traitement a été employé avec succès. Dans le cas de Nélaton, une tumeur volumineuse, saignant facilement et qui avait résisté au cautère et aux caustiques, fut détruite par l'électrolyse en six séances. Dans le cas de Bruns, un polype considérable, que l'on avait en vain essayé d'enlever au serre-nœud, fut également détruit au moyen de l'électrolyse. Mais, dans ce cas, le traitement dût être continué pendant onze mois; l'on dut faire 130 séances de chacune un quart d'heure de durée. Dans le cas

[1] *Diseases of the throat and nasal passages*. New-York, 1879, 2e éd., p. 270.

[2] Robin-Massé : *Des polypes naso-pharyngiens*. Paris, 1864, p. 78.

[3] *Berlin Klin., Wochens*. Juillet 1872, no 27, p. 321; no 28, p. 336.

[4] *Gaz. méd.*, 1866, p. 223.

[5] *Wien. med. Wochens*. 1865, no 61.

[6] *Naso-pharyngeal polypi*, Saint-Louis, 1879, p. 6 et suivantes. Extrait du « *Saint-Louis, Med. and surg. Journal* ».

de Lincoln on eut recours à l'électrolyse comme traitement palliatif, la faiblesse du malade ne permettant pas une intervention radicale. On fit vingt-deux séances, le traitement fut continué pendant environ un an. Au bout de ce temps, la tumeur « s'était rétrécie dans tous ses diamètres, et l'état général du malade s'était tellement amélioré que le reste de la tumeur put être enlevé avec l'écraseur ». Dans le cas de Gosselin[1], que nous avons déjà cité, l'électrolyse fut une des méthodes employées, et elle le fut dans d'excellentes conditions. Mais on observa que, bien qu'après chaque séance le volume de la tumeur fût diminué, cette diminution était si légère que le terrain perdu était regagné par le développement naturel du néoplasme, dans l'intervalle qui séparait chaque application d'électro-puncture, de sorte qu'il n'y avait, en réalité, aucun progrès vers la guérison. On doit ajouter que, dans ce dernier cas, l'opération était si douloureuse qu'elle était redoutée du malade, qui cependant avait supporté sans trop se plaindre des examens répétés et plusieurs tentatives faites pour enlever sa tumeur par l'excision, la ligature et les caustiques.

Ligature. — Dès les premiers temps de l'histoire de la chirurgie, on a fait usage des ligatures pour enlever les tumeurs de ce genre. Quand la production morbide a été soigneusement mise à découvert par une « opération préliminaire », il est ordinairement facile d'appliquer une ligature, mais quand la strangulation du néoplasme a été faite par les *voies naturelles*, il est souvent très difficile de placer une ligature circulaire sur le pédicule de la tumeur. Pour arriver à ce résultat, on a inventé une immense variété d'instruments ; de fait, presque tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'appliquer cette méthode ont imaginé un procédé nouveau. La méthode la plus simple est peut-être celle que recommande Dubois[2]. Elle consiste à passer une double ligature à travers un bout de sonde élastique de 15 à 20 centimètres de longueur, auquel on a attaché un

[1] *Loc. cit.*

[2] *Gazette des hôpitaux*, février 1863.

morceau de fil coloré. Comme les bouts de la ligature sont graduellement tirés dans les narines au moyen de la sonde de Belloq, le chirurgien peut, avec ses doigts introduits dans la bouche du malade, faire passer l'anse sur le pédicule de la tumeur. Quand le cordon est en place, on enlève le bout de sonde au moyen du fil coloré. La plus grave objection qu'on puisse faire à cette méthode, c'est que dans bon nombre de cas, il est impossible de l'employer, car le chirurgien ne peut atteindre le pédicule avec le doigt. L'emploi de la ligature présente quelque danger quand la tumeur est volumineuse; on peut craindre en effet qu'elle ne se détache pendant le sommeil et ne tombe dans la gorge, amenant ainsi la mort par asphyxie. Dans les cas de ce genre, on doit avoir soin de passer dans le corps de la tumeur un fil qui ressort par la bouche et dont les deux bouts sont attachés derrière les oreilles. On doit veiller le malade pendant son sommeil, dans le but d'enlever le polype, s'il vient à se détacher.

Le grand avantage de la ligature est de réduire à son minimum les dangers de l'hémorrhagie pendant l'opération. Le désavantage, c'est qu'elle est souvent fort difficile à appliquer, à moins d'une opération préliminaire, et que, lorsque la masse de la tumeur a été enlevée, il reste un moignon qui lui permet de se reproduire de nouveau.

Ablation avec l'écraseur. — On doit faire usage d'un instrument puissant, légèrement recourbé, et, après avoir fait un anneau de grandeur convenable, on doit le porter en haut, derrière la luette, de manière à entourer la tumeur le plus près possible du pédicule. Dans quelques cas, il est plus facile de passer le fil derrière la tumeur en l'introduisant plié en deux par les fosses nasales. Dans les deux cas, lorsque le fil entoure le polype, on fait passer les deux bouts dans les yeux de l'écraseur et on rétrécit graduellement l'anneau.

Arrachement. — Comme pour les polypes muqueux, l'arrachement avec la pince a ses avantages. Mais au lieu des instruments délicats dont on fait usage pour ces tumeurs molles,

pour les polypes fibreux, on doit se servir de pinces puissantes. Elles doivent être recourbées à angle obtus, avoir des mors rugueux ou même dentelés, pour permettre à l'opérateur de saisir fortement la tumeur.

On doit, autant que possible, saisir la tumeur à sa base et tordre le pédicule autant que l'espace dont on dispose peut le permettre. Les polypes fibreux sont tellement résistants que, même lorsqu'on fait usage de pinces très fortes, leurs branches sont souvent tordues et deviennent ainsi hors d'usage. On peut quelquefois saisir la tumeur avec les doigts et la tordre, mais rarement avant de l'avoir mise à découvert par une opération préliminaire. Dans tous les cas, il est très important de suivre avec soin tous les prolongements de la tumeur qui ont pénétré dans le nez, la fissure sphénoïdale ou l'antre et de les déraciner soigneusement. Le grand avantage de l'arrachement quand la tumeur n'est pas très volumineuse c'est que celle-ci peut être enlevée sans opération préliminaire, et que souvent on l'enlève avec ses racines. On peut lui objecter que les polypes étant très denses exigent pour être arrachés, le développement d'une force considérable [1] et que des accidents sérieux peuvent être le résultat d'une violence irréfléchie. Bien que Icart [2] ait rapporté un cas dans lequel il arracha un fragment d'ethmoïde large comme une pièce d'un sou sans qu'il en soit résulté aucun accident fâcheux, on ne doit pas oublier que deux des malades opérés par Ollier [3] moururent de complications cérébrales consécutives à l'arrachement. Dans l'un de ces cas, à l'autopsie, on trouva que la tumeur avait envahi le lobe cérébral moyen. Cooper Forster [4] a également perdu un malade douze jours après l'arrachement; à l'autopsie, on trouva une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde avec une inflammation généralisée de l'arachnoïde et un abcès localisé à l'écorce de

[1] C'est ce que fait particulièrement observer Ollier, le chirurgien bien connu de Lyon qui, si l'on considère la rareté de ces tumeurs, a acquis à ce sujet une expérience très peu commune.

[2] *Loc. cit.*

[3] Spillmann : *Dict. encyclop. des sc. médicales*, 2e série, t. XIII, p. 100.

[4] *Lancet*, 20 mai 1871.

la substance cérébrale. Une grande partie de la tumeur n'avait pas été enlevée, et il est probable que ces diverses lésions étaient dues à l'opération.

Excision. — Elle se fait avec un bistouri mousse, elle a été fréquemment pratiquée par Dieffenbach, qui, malgré des excisions largement faites de la tumeur, ne paraît pas avoir eu jamais d'hémorrhagies graves ; mais les cas de ce genre sont exceptionnels, car Deguise[1], Verneuil[2] et Dumenil[3] ont rapporté des faits dans lesquels, après l'incision de la tumeur, une hémorrhagie foudroyante enleva le malade. Whately a réussi à guérir un cas très grave, par l'excision ou plutôt par l'amputation faite à l'aide d'un couteau courbe. Sa façon d'opérer est à la fois simple et ingénieuse. Il faisait passer par les fosses nasales, autour de la tumeur et dans le pharyx un fil et qu'il faisait ensuite ressortir par la bouche. Il passait ensuite le bout du fil dans un orifice situé près de la pointe du couteau, l'extrémité nasale du fil était tenue tendue par un aide et l'autre extrémité par la main gauche du chirurgien, qui faisait ainsi courir le long du fil, le couteau dont la pointe était soigneusement cachée jusqu'à la partie supérieure du pharynx, où le bord tranchant était guidé vers la base de la tumeur, que l'on pouvait ainsi sectionner. Bien que la base du fibrôme au point de section fût de 3 cent. 1/2 de diamètre, il ne se produisit aucune hémorrhagie grave[4]. Toutefois, malgré les expériences de Dieffenbach et de Whately, le danger de l'hémorrhagie doit faire rejeter ce mode de traitement.

Broiement. — Cette méthode n'a jamais été beaucoup employée. Velpeau[5] essaya de faire usage de pinces puissantes armées de fortes dents. Il saisit ainsi différentes portions de la tumeur, qui furent comprimées avec force et put ainsi dé-

[1] *Bull. de la Soc. de chir.* 13 mars 1861.
[2] *Ibid.* 1870.
[3] *Ibid.* 18 juin 1873.
[4] *Cases of two extraordinary polypi*, etc. London, 1805, p. 14.
[5] *Bull. de thérapeutique*, 1847.

truire une grande partie du néoplasme. Les portions qui avaient été broyées et les parties du polype situées à leur voisinage immédiat furent ensuite éliminées par suppuration. Bien que Dolbeau [1] et Jarjavay [2] aient publié des cas dans lesquels ce traitement a été employé avec succès, il détermine si facilement la septicémie qu'il est tombé en désuétude.

Enlèvement a l'aide des ciseaux. — Ce mode de traitement a eu beaucoup de vogue. Mais, bien qu'il fût en grande faveur au XVI[e] et au XVII[e] siècle, pour l'ablation de toute espèce de tumeurs, il ne paraît pas avoir été employé dans le traitement des polypes naso-pharyngiens avant d'avoir été préconisé par Borelli [3]. La méthode a été suivie plus tard par Guérin [4], Bonnes [5] et Hergott [6], mais elle exige une opération préliminaire, excepté quand la tumeur est attachée à la base du crâne. Dans les cas de ce genre, la méthode la plus convenable consiste à introduire dans les fosses nasales une gouge extrêmement fine et à la pousser le long de la voûte du pharynx.

Bien que cette méthode n'ait qu'une application tres limitée pour l'ablation des tumeurs elles-mêmes, elle a été très employée pour détruire le pédicule quand la masse de la tumeur a été enlevée par un autre moyen. Baudrimont [7] cependant affirme que sur 8 cas opérés par Dieffenbach et dans lesquels l'enlèvement avec le ciseau avait été fait, la tumeur récidiva 7 fois; tandis que, dans huit autres cas dans lesquels la cautérisation fut faite il ne survint aucune récidive. Ollier [8], d'autre

[1] Spillmam : *Loc. cit.*, p. 101.

[2] *Ibid.*.

[3] *Gaz. des hôpitaux*, 1860, p. 179.

[4] *Bull. de la Soc. de chir.* 24 juin 1866.

[5] *Ibid.*, 14 juillet 1869.

[6] Cité par Postel : *Des polypes naso-pharyngiens*. Thèse de Paris, 1867.

[7] *De la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens*. Thèse de Paris, 1869.

[8] *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*. Paris, 1867, p. 485.

part, affirme n'avoir confiance en aucune autre méthode de traitement des polypes naso-pharyngiens, si ce n'est l'arrachement suivi d'un raclage énergique avec la gouge ; et il n'est satisfait que lorsque ce dernier procédé a été soigneusement employé, au point de mettre tout à fait à nu le tissu osseux de l'apophyse basilaire de l'occipital. Tout en admettant que le périoste qui fournit à la tumeur les éléments de récidive doit être complètement détruit, nous devons faire quelques réserves au sujet de l'emploi d'un raclage trop énergique. Dans un cas arrivé à notre connaissance, un illustre chirurgien, mort à l'heure actuelle, fit pénétrer le ciseau jusque dans le cerveau du malade en raclant la voûte du pharynx.

Thermo-cautère. — Le fer rouge, employé par les chirurgiens anciens, a fait place aux méthodes perfectionnées, pour l'application du cautère actuel.

Le thermo-cautère de Paquelin est utile dans certains cas, et Nélaton a employé avec succès la simple flamme du gaz pour cautériser le pédicule d'une tumeur qui avait été enlevée. Dans ce but, il fit usage de petites poires en caoutchouc pleines de gaz communiquant à un tube élastique, auquel on pouvait adapter plusieurs becs de calibre différent. Le bec était muni d'un robinet permettant de régler exactement son application. Par ce moyen, il put cautériser très rapidement et soigneusement les parties malades, et le rayonnement était si faible qu'on pouvait tenir le doigt à 1 centimètre 1/2 de la flamme sans percevoir la moindre sensation de chaleur.

Caustiques. — On a employé divers agents caustiques appliqués de différentes manières. Nélaton a traité quelques cas par des applications d'acide nitrique, porté sur la tumeur au moyen d'un tube en verre convenablement recourbé. Mais, malgré toutes les précautions ; les vapeurs de cet acide peuvent s'échapper et donner lieu à une violente dyspnée. En outre, pour produire quelque effet, le remède doit être appliqué tous les jours pendant des mois. Plusieurs chirurgiens français ont

recommandé la pâte de Canquoin, et Desgranges[1] a imaginé un appareil particulier pour maintenir, aussi longtemps qu'il est nécessaire, la pâte en contact avec les parties que l'on veut détruire. Il consiste en une mince lame métallique, à la face supérieure de laquelle on place le caustique ; l'appareil est maintenu en place par deux bandes métalliques que l'on attache autour de la tête. Bien que je n'aie jamais eu l'occasion de les employer dans les cas de polypes fibreux naso-pharyngiens, je crois que les flèches caustiques[2] dont je me sers quelquefois pour les bronchocèles fibreux peuvent encore ici rendre de bons services.

Pour l'emploi des caustiques, les chirurgiens français distinguent deux méthodes, à savoir : le *procédé rapide* et le *procédé lent*. Le premier consiste à cautériser largement le moignon après que la masse de la tumeur a été enlevée. Le second, après l'opération préliminaire, à conserver pendant quelques semaines un libre accès à la base de la tumeur et à faire des applications caustiques tous les deux ou trois jours. Le traitement lent est plus facile à employer à travers la plaie laissée par « l'opération palatine » de Nélaton. On peut lui objecter qu'il en résulte presque nécessairement une fissure permanente de la voûte palatine ; tandis que, dans les cas d'opération, pratiquées sur la face, en maintenant la plaie ouverte pendant un certain temps, on s'expose à donner lieu à une difformité hideuse.

Opérations préliminaires pour donner accès aux polypes naso-pharyngiens. — Bien qu'on ait fait plusieurs tentatives pour dilater l'orifice des narines au moyen de racine du serpentaire, de gentiane, avec des éponges et plus récemment avec des tiges de laminaria, ces diverses méthodes n'ont aucune valeur pratique, et, en raison de la situation de la tumeur qui est fréquemment inaccessible, et du nombre et du volume de ses prolongements, il est souvent nécessaire de la mettre à dé-

[1] *Gazette hebdom.*, 30 juin 1854, p. 633 et suivantes.

[2] Elles se composent d'une partie de chlôrure de zinc pour deux parties de farine de froment.

couvert par une opération préliminaire. On avait compris cette nécessité à une époque très reculée et dans le court historique qui précède le chapitre sur les « Polypes du nez » (p. 169 et suiv.), nous avons vu qu'Hippocrates recommandait d'ouvrir la cavité des fosses nasales quand l'application du cautère actuel était jugée nécessaire. Une opération de ce genre paraît avoir été faite fréquemment aux XVI[e] et XVII[e] siècles, mais elle était tombée en désuétude à l'époque où elle fut remise en honneur par Dieffenbach [1]. Elle a subi depuis diverses modifications en rapport avec les exigences de chaque cas particulier. Les anciens chirurgiens pratiquaient une incision le long de la partie médiane du dos du nez; mais, dans le but de masquer autant que possible la cicatrice, Garengeot [2] conseilla de faire l'incision le long du sillon génio-nasal.

Plus tard, on a pratiqué des opérations encore plus graves : on a mis à découvert la cavité naso-pharyngienne par la résection du maxillaire supérieur ou bien l'on s'est frayé un accès vers la tumeur par la division de la voûte palatine. Aussi le chirurgien doit-il connaître les principales opérations préliminaires qui ont été faites dans le but d'enlever les polypes naso-pharyngiens. Ce sont les suivantes : 1° *opérations nasales;* 2° *maxillaires;* 3° *palatines.*

Ces diverses méthodes font courir par elles-mêmes au malade de sérieux dangers. Sédillot [3] et Demarquay [4] perdirent chacun un malade qui mourut d'hémorrhagie au cours d'une opération préliminaire et, sur 21 observations réunies par Lincoln [5], dans lesquelles on dut faire une opération préliminaire,

[1] *Op. cit.*

[2] *Traité des opérations de chirurgie.* Paris, 1731, 2e éd., t. III, p. 35.

[3] Spillmann : *Op. cit.*, p. 145.

[4] *Ibid.*, p. 146.

[5] *Loc. cit.*, pp. 264-281. Le tableau de Lincoln renferme cinquante-huit cas de tumeurs de la cavité naso-pharyngienne. Sur ce nombre on compte sept observations de tumeurs malignes, trois de polypes fibromuqueux, et dix dans lesquels la nature de la tumeur n'a pas été indiquée, mais pour lesquelles il s'agissait évidemment (à cause de l'âge ou du sexe du malade) de véritables polypes fibreux. Je ne considère cependant que trente-huit cas comme étant des observations de l'affection qui

naire, trois malades moururent[1] pendant l'opération, et quatre[2] succombèrent quelques heures après. Dans le cinquième[3] cas, l'hémorrhagie faillit amener la mort du malade pendant l'opération. Si l'on accepte dans son ensemble les la statistique de Lincoln, les résultats sont encore moins favorables, car sur trente-neuf cas dans lesquels on pratiqua une opération préliminaire on compte huit cas de mort. Dans quelques-uns d'entre eux, il est vrai, il s'agissait évidemment de tumeurs malignes; ils ne doivent par conséquent pas entrer en ligne de compte. Et même pour les vingt-un malades évidemment porteurs de fibrômes, on ne doit pas oublier que l'opération préliminaire fut jugée nécessaire en raison du volume énorme de la tumeur, et que la mort fut en grande partie le résultat de la force que l'on dut inévitablement employer pour détacher le polype de ses insertions. On doit aussi tenir compte de la faiblesse et de l'état anémique des malades soumis à l'opération. Aussi n'est-il guère juste de comparer entre elles les statistiques des cas opérés après une opération préliminaire et celles dans lesquelles la guérison a été obtenue au moyen du galvano-cautère ou par toute autre méthode simple de traitement.

Nous devons maintenant décrire en détail les diverses opérations préliminaires qui peuvent être employées.

Opérations nasales. — Dupuytren[4] conseillait d'ouvrir les fosses nasales à l'aide d'une incision circulaire faite à la base du nez permettant de détacher les cartilages des os, de relever en haut le bout de cet organe et d'explorer ainsi l'orifice antérieur des narines. Syme agrandissait l'ouverture des narines en divisant la lèvre supérieure à l'aide d'une incision

nous occupe, et encore dans ce nombre il en est quelques-uns que nous pouvons considérer comme douteux.

[1] Verneuil : *Gaz. des hôp.*, 9 août 1870; Berkeley Hill. : *Lancet*, 20 juin 1874; H. Morris : *Med. Times and Gaz.*, 4 juin 1881.

[2] Ratton : *Lancet*, 3 novembre 1878.

[3] Sands : *Brown-Séquards, Arch. of Sc. and pract. Med.*, juin 1873.

[4] *Journal de la Clinique*, 1830, t. II.

verticale, qui portait sur une ligne située à la partie moyenne de l'espace compris entre la cloison, et l'aile du nez correspondant au côté malade. Il disséquait ensuite soigneusement les deux lambeaux en arrière de chaque côté.

Rouge[1] a proposé un procédé qui met plus complètement à découvert la cavité nasale, et qui a l'avantage de ne pas laisser après lui une cicatrice difforme.

Voici la description que donne l'auteur lui-même de cette opération : « Le malade est anesthésié et placé la tête inclinée à droite pour permettre au sang de s'écouler, de mon côté je me tiens à droite du lit. Saisissant de la main gauche la lèvre supérieure près de la commissure avec le pouce et l'index, je la relève un peu en haut, pendant qu'un aide en fait autant de l'autre côté. La lèvre étant tendue dans cette position, j'incise la muqueuse du repli gingivo-labial depuis la première molaire gauche jusqu'à la molaire correspondante du côté droit; le centre de l'incision est au frein de la lèvre que l'on divise à sa racine. J'incise rapidement les tissus dans toute leur épaisseur et j'arrive jusqu'à l'épine nasale antérieure sur laquelle on doit porter le couteau, détachant à sa base la portion cartilagineuse de la cloison. Cela suffit très souvent, car en soulevant le nez on obtient un espace suffisant pour laisser passer le doigt dans la fosse nasale, et l'on voit parfaitement toute cette cavité après que le sang a été soigneusement épongé. Mais si cela ne suffit pas, on peut avec des ciseaux détacher de leurs insertions les cartilages des ailes du nez, et cet organe étant ainsi complètement détaché peut être relevé jusque sur le front, et la cavité antérieure des fosses nasales est mise à nu sur toute son étendue; si la partie de la cloison qui n'a pas été sectionnée empêche de relever le nez, on peut la diviser avec des ciseaux. L'opération une fois terminée on doit soigneusement déterger la plaie, enlever le sang et les caillots avec une injection et remettre le nez

[1] *Nouvelle méthode chirurgicale pour le traitement de l'ozène*. Lausanne, 1873.

en place sans qu'il soit nécessaire de pratiquer aucune suture [1].

Il est quelquefois nécessaire d'ouvrir la cavité nasale de face. On peut alors y arriver en partie en faisant une incision le long de la ligne médiane sur le dos du nez jusqu'au bord inférieur des os propres. Si l'espace ainsi obtenu n'est pas suffisant on doit prolonger l'incision cutanée jusqu'à la racine du nez et séparer ensuite les os avec des ciseaux ou des pinces. Les parties latérales du nez composées de l'os nasal, de l'unguis, de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur, peuvent être repoussées vers la joue et maintenue en cette position par un aide, tandis que le chirurgien examine les insertions de la tumeur et essaie de l'enlever à travers l'orifice ainsi obtenu. Ainsi que le fait observer Roser [2] « les opérations de ce genre sont rendues plus faciles par ce fait que les malades sont jeunes et que leurs sutures osseuses sont molles, peu résistantes et facile à disloquer ».

L'opération de Langenbeck, pratiquée par plusieurs chirurgiens, se fait de la manière suivante : — Le malade étant couché sur le dos, on fait une incision dirigée de haut en bas à partir du point d'union des os du nez et du frontal, le long de la ligne médiane jusqu'à l'extrémité supérieure du cartilage de l'aile du nez. De ce point, l'on fait partir une seconde incision le long du bord supérieur du cartilage du côté malade. Le lambeau ainsi obtenu est disséqué en arrière, en ayant soin de respecter le périoste. On libère ensuite le cartilage de ses attaches osseuses, et l'os du nez séparé de son congénère à l'aide de ciseaux à os. On doit séparer encore du corps de l'os une partie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, en ayant soin que la ligne de section soit située sur le côté interne du bord de l'orbite pour éviter toute

[1] Cette opération a été faite plusieurs fois en Angleterre, mais surtout dans le but d'enlever de la cavité nasale une portion d'os malade. Voir en particulier l'histoire d'un cas opéré avec beaucoup de succès par Harrison Creipps. *Lancet*, 5 mai 1877, p. 643 et suiv.

[2] Cité par Spillmann : *Dict. encyclop. des Sc. méd.* 2e série, t. XIII, p. 131.

blessure du canal lacrymal. Le quadrilatère osseux ainsi formé n'est plus relié qu'à l'os frontal par la suture normale et par le périoste et la muqueuse; on le relève de force en haut avec un élévateur pour avoir la cavité nasale à découvert. On recommande, une fois l'opération terminée, de maintenir la plaie ouverte pendant quelques mois afin de pouvoir s'opposer à une récidive de la maladie. Mac Cormac[1] a pratiqué sur les deux côtés du nez une opération analogue, mais il faisait le long de la joue une incision verticale au lieu de la faire sur la ligne médiane du nez.

Le procédé de Chassaignac consiste à détacher le nez de ses insertions d'un côté, de manière à pouvoir le rejeter sur la joue du côté opposé. Voici comment on procède : — On fait le long de la racine du nez une incision transversale, qui part de l'angle interne de l'orbite droit pour aboutir à gauche au point correspondant; on fait une seconde incision qui part de l'extrémité gauche de la première et arrive jusqu'au bord externe de l'aile gauche à sa partie inférieure; enfin, on porte le bistouri le long de la lèvre supérieure immédiatement au dessous du nez jusqu'au bord externe de l'aile droite, on perfore la paroi externe du nez dans la direction de la première incision, puis on introduit dans les ouvertures ainsi faites une scie à chaîne, et l'on divise d'arrière en avant la partie supérieure de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et les os propres du nez. On dirige ensuite la scie en bas dans la direction de la seconde incision, et l'on divise ainsi la paroi osseuse du côté gauche, tandis que la cloison et les os du côté droit sont sectionnés d'un seul coup avec des ciseaux ou des pinces tranchantes. On doit avoir grand soin de respecter la peau et les parties molles du côté droit, car de leur intégrité dépend la vitalité de l'organe une fois que tout est remis en place. Le nez étant ainsi détaché de trois côtés, on peut le retourner à droite comme le couvercle d'une tabatière et avoir un libre accès dans la cavité naso-pharyngienne. Quand la tumeur a été enlevée, les parties sont soigneusement

[1] *Saint-Thomas's Hospital Reports*, 1875, p. 65 et suivantes.

remises en place et les bords de la plaie réunis par des sutures.

L'opération à laquelle Ollier a donné le nom « d'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez » se pratique de la façon suivante : — L'incision a la forme d'un fer à cheval, elle porte sur la peau du bord externe de l'aile du nez et se dirige en haut sur un des côtés de cet organe jusqu'à sa racine pour se porter vers le bord de l'aile correspondante. Le bistouri doit sectionner toutes les parties molles. On divise ensuite les os du nez en suivant la direction de la première incision, avec une scie fine de Butcher, mise en mouvement dans un plan parallèle au front du malade ; les cartilages de la cloison et des ailes du nez sont ensuite sectionnés avec des ciseaux. Si c'est nécessaire on fait la ligature des deux petites artères internes du nez. On peut alors rabattre le nez en bas, et l'on a un libre accès dans la cavité naso-pharyngienne. Une fois la tumeur enlevée, le nez est remis en place, et les bords de la plaie sont réunis par de fines sutures métalliques.

Ollier[1] fait observer que ce procédé ne compromet en aucune façon la vitalité de l'organe, car les principales artères qui le nourrissent sont ainsi respectées. La réunion se fait rapidement : un des malades opérés par lui put se moucher quatre jours après l'opération [2]. On obtient un espace suffisant pour le traitement de la tumeur. Ollier lui-même en a enlevé une qui pesait plus de deux cents grammes [3] et qui, d'après lui, est probablement le polype naso-pharyngien le plus volumineux qui ait été jamais enlevé. Il fait [4] observer cependant que dans l'emploi de cette méthode on doit tenir compte de la conformation du nez, tous en effet ne se prêtent pas également à cette opération. Si le nez est long et étroit

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, p. 264.

[2] *Ibid.*

[3] *Ibid.*

[4] *Traité expér. et clin. de la régénération des os.* Paris, 1867, t. II, p. 484.

on est d'ordinaire obligé de sacrifier les cornets. Cependant lorsque la tumeur est très considérable, la compression exercée par sa masse dilate les fosses nasales bien au delà de leur calibre normal, ce qui rend l'opération beaucoup plus facile.

Lawrence [1], il y a de cela plus de vingt ans, employa une méthode à peu près analogue ; toutefois il ne détachait le nez qu'à ses insertions inférieures, ne le laissant adhérer qu'à la racine de sorte qu'il pouvait le relever directement en haut sur le front. Il pratiquait à partir du bord interne de chaque sac lacrymal une incision le long du repli naso-labial jusqu'au point d'union de la cloison à la lèvre supérieure où les deux incisions se rejoignaient. Il divisait alors les os du nez et la cloison avec des pinces et le nez tout entier pouvait être relevé en haut. Ce procédé est inférieur à celui d'Ollier en ce sens que le pédicule par lequel la masse sectionnée adhère au reste de la face est moins vasculaire et par conséquent plus susceptible de se gangréner.

Un procédé que l'on peut classer parmi les « opérations nasales » fut proposé et exécuté à peu près à la même époque par deux chirurgiens italiens, Palasciano [2] et Rampolla [3]. En voici la description succincte : — On pratique une petite incision sur le côté interne du sac lacrymal qui doit être en partie disséqué et tenu de côté par un aide ; on perfore alors la paroi interne du canal lacrymal formée par l'*os unguis*, à l'aide d'un trocart courbe, muni d'une canule que l'on introduit dans la fosse nasale par le méat supérieur. On retire alors le trocart, l'on tient la canule, restée dans l'ouverture, de façon que sa concavité regarde en haut et on la pousse jusqu'au pharynx. Par la canule on passe une ligature qui enserre la tumeur. Les résultats de ce procédé n'ont pas été brillants; sur quatre cas on compte un cas de mort ; dans un second il se produisit un abcès de la paupière, dans les deux

[1] *Med. Times and Gaz.* 1862, vol. II, p. 491. Lawrence pratiqua cette opération pour enlever des polypes muqueux.

[2] *Moniteur des sciences*, 25 août 1860, p. 393.

[3] *Bull. de la Soc. de chir.*, mars et mai 1860.

autres la tumeur se reproduisit rapidement. Cette méthode a été très clairement décrite par Robin-Massé [1] comme étant la meilleure façon de pratiquer la ligature avec le moins d'inconvénients possibles.

Opérations maxillaires. — Elles consistent dans l'excision et la résection temporaire du maxillaire supérieur. Nous avons déjà fait l'historique de ces divers procédés (p. 379 et suiv.).

Le maxillaire supérieur peut être enlevé en totalité ou en partie, ou temporairement déplacé. L'excision du maxillaire supérieur se fait de la manière suivante : — On fait une incision qui part de l'angle interne de l'œil, suit l'un des côtés du nez et comprend toute l'épaisseur de la lèvre supérieure sur la ligne médiane; il est parfois nécessaire de pratiquer une seconde incision, qui part de l'extrémité supérieure de la précédente et se dirige horizontalement en dehors, à un centimètre et demi du bord inférieur de l'orbite et va jusqu'à la proéminence de l'os malaire. Bien que cette incision soit indispensable pour l'ablation du maxillaire, lorsqu'une tumeur volumineuse part de l'une des portions de l'os lui-même et détermine une saillie considérable de la joue, on peut ordinairement se dispenser de la pratiquer dans le cas de polypes naso-pharyngiens, on évite ainsi une cicatrice désagréable. Le manuel opératoire a été très bien décrit dans l'ouvrage de Heath [2] : après avoir relevé la peau de la façon décrite cidessus, on arrache l'incisive du même côté et l'on passe dans les fosses nasales une petite scie mobile. On divise ainsi le bord alvéolaire et la voûte palatine, on applique ensuite la scie sur l'apophyse malaire du maxillaire, (ou si c'est possible sur l'os malaire lui-même) et sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur, on achève ensuite de séparer l'os à l'aide des pinces de Museux. Le lion forceps, inventé pour cet usage par M. William Fergusson, permet de saisir le maxillaire et de le détacher de l'apophyse ptérygoïde et des os palatins, après que tous ses autres points d'attache ont été libérés. Si

[1] *Op. cit.*, p. 60.

[2] *Diseases and Injuries of the Jaws.* London, 1872, 2e éd., pp. 275, 276.

par hasard quelques rebords osseux empêchent de les détacher complètement, il faut les couper avec la pince à os. Enfin, quand l'os est tout à fait libre, on doit diviser le nerf sous-orbitaire et détacher le voile du palais de ses insertions en ayant soin de le respecter le plus possible.

On arrête les hémorrhagies par des ligatures ou par le thermocautère, et, l'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies à l'aide des épingles dont on se sert d'ordinaire pour l'opération du bec-de-lièvre et par une suture à points séparés.

Nous avons déjà mentionné une méthode de résection partielle et temporaire proposée et employée par Huguier. Elle se pratique de la manière suivante : Après une incision transversale du voile du palais, on fait passer un fil à travers les narines au moyen de la sonde de Belloq et on l'introduit dans la plaie du voile ; à l'extrémité de ce fil s'attache un ressort qui doit servir à exercer une traction sur la portion osseuse détachée de la façon suivante : On pratique une incision intéressant la joue dans toute son épaisseur, et qui part de l'angle de la bouche et se dirige jusque vers le bord antérieur du masseter ; on fait ensuite près de l'angle interne de l'œil, le long du sillon génio-nasal, une seconde incision qui détache l'aile du nez et se termine sur la partie moyenne de la lèvre supérieure. On dissèque le lambeau ainsi formé. On porte alors la scie horizontalement sur le maxillaire supérieur, immédiatement au-dessous de la tubérosité maxillaire, près du plancher de la fosse nasale correspondante. L'incisive du côté opposé doit être déplacée avec un élévateur, et le plancher des fosses nasales scié d'avant en arrière, mais non complètement divisé. On détache ensuite avec les pinces ostéoclasiques la base de l'apophyse ptérygoïde, et l'on a ainsi la portion inférieure du maxillaire séparée des os de la face, auxquels elle se relie simplement par la muqueuse qui recouvre la voûte palatine, qui a été épargné dans la division du plancher des fosses nasales. Se servant des pinces comme de levier, on doit alors exercer une traction sur la partie de l'os séparé, au moyen du ressort préalablement introduit dans les fosses nasales et le voile du palais; la partie inférieure du maxillaire supérieur

peut alors être disloquée dans l'intérieur de la bouche. Les fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne sont absolument à découvert, et quand la tumeur a été enlevée et l'hémorrhagie arrêtée, on peut remettre en place le maxillaire, fixer entre les molaires des deux côtés un ouvre-bouche, fermer la plaie avec des épingles à bec-de-lièvre et attacher sur le vertex du malade un bandage passé autour du menton.

Le fragment déplacé n'a aucune tendance à se réunir et tend au contraire, à tomber dans la bouche, ce qui détermine quelquefois une gêne considérable. Huguier, cependant, parvint à obtenir la réunion parfaite au moyen d'une attelle en caoutchouc moulée exactement sur le bord alvéolaire et que le malade dut porter un mois ou deux; il fait observer qu'après l'opération, il n'existait qu'une légère difformité[1].

Cheever[2] a inventé un procédé de résection partielle des *deux* maxillaires supérieurs. Voici quel est le manuel opératoire : On fait, à partir de l'angle interne de l'œil, une incision des parties molles des deux côtés, incision qui suit le sillon génio-nasal jusqu'à la partie moyenne de la lèvre. On dissèque ensuite les deux lambeaux jusqu'à la saillie de l'os malaire. Puis on divise le corps du maxillaire avec une mince scie, la ligne de section passant de la saillie qui se trouve au-dessous de l'apophyse zygomatique, pour aboutir au méat moyen de chaque côté. La cloison et les ailes du nez sont ensuite sectionnées avec les ciseaux. Le maxillaire supérieur n'adhère plus qu'en arrière, on le refoule en bas, et la tumeur peut être enlevée. L'os est alors remis à sa place, solidement fixé au moyen de sutures métalliques passées à travers les os malaires de chaque côté. L'avantage de cette méthode, d'après Cheevers, consisterait en ce que les vaisseaux nourriciers de l'os sont respectés, puisque l'arcade palatine et le bord alvéolaire ne sont pas sectionnés.

[1] D'après Robin Massé, le malade fut examiné longtemps après l'opération, mais la réunion ne paraissait pas s'être faite, toutes les dents qui partaient de l'os détaché étaient cariées, et celui-ci ne paraissait jouer le rôle que d'un simple obturateur.

[2] *Boston med. and surg. Journ.* 1874, vol. XC, p. 547.

Ollier[1] a rapporté un cas probablement unique dans lequel il pratiqua la résection temporaire d'un maxillaire de nouvelle formation. Trois ans auparavant, il avait enlevé le maxillaire dans le but d'extirper un polype naso-pharyngien. Quand le malade revint de nouveau, il trouva une bride osseuse très solide réunissant la molaire à l'épine nasale antérieure. Elle fut sectionnée à ces deux points, puis remise en place une fois la tumeur enlevée. Trente jours après, la réunion était complète.

Opérations palatines. — Ainsi que nous l'avons fait observer déjà, Manne, le premier divisa la voûte du palais, pour opérer un polype naso-pharyngien. Il ne décrivit son procédé que d'une façon sommaire, il paraît toutefois avoir divisé le voile du palais dans toute sa longueur près de la ligne médiane, par une incision pratiquée de bas en haut avec un bistouri courbe. Cette méthode a été plus tard employée par Petit[2], Morand, Nannoni, Ansiaux, Dieffenbach et d'autres. Levret proposa de diviser les piliers de chaque côté afin d'obtenir une plus grande mobilité du voile du palais. Jobert[3] paraît avoir modifié cette méthode en incisant le voile du palais de chaque côté à partir des piliers et en prolongeant l'incision en haut aussi loin qu'il était nécessaire. Maisonneuve[4] améliora le procédé de Manne en respectant le bord inférieur du voile du palais. Il faisait une incision longitudinale dans le voile du palais, incision commençant près du bord postérieur du palatin et s'arrêtant à 1 centimètre du bord inférieur du voile. Il donne à cette ouverture le nom de « boutonnière palatine ». On passe le doigt à travers cet orifice, pour s'assurer de la forme et des insertions de la tumeur, que l'on fait passer à travers cette boutonnière dont les bords sont très élastiques. Autour du pédicule ainsi formé sur la masse du polype, on passe

[1] *Traité expér. et clin. de la régénération des os* Paris, 1867, t. II, pp. 492, 493.

[2] Cité par Garengeot : *Traité des opérations de chirurgie*. Paris, 1731, t. III. p. 51.

[3] *Gazette des hôpitaux*, 22 juillet 1858.

[4] *Gazette hebdomadaire*, 2 septembre 1859.

un fil de fer que l'on repousse à travers l'ouverture du voile aussi loin que possible ; ce fil est ensuite lié et maintenu en place jusqu'après la section de la tumeur. Huguier[1], dans sa résection temporaire du maxillaire supérieur faisait une boutonnière transversale, et Bégin[2] combinait cette méthode avec la division du nez à la partie antérieure. De son côté, Adelmann[3] la pratiqua au cours d'une opération très étendue, ayant pour objet d'enlever une tumeur qui avait déprimé la voûte palatine et déterminé une perforation de l'os. Plus tard, Nélaton[4] proposa de combiner la perforation du voile à la trépanation de la voûte palatine dans le but d'extraire les polypes naso-pharyngiens, et de surveiller les moindres signes de récidive après l'ablation de la masse néoplasique. Voici la description de ce procédé : On divise le voile du palais à partir de ses attaches osseuses jusqu'à son bord libre, en portant le couteau jusqu'au milieu de la luette. On peut alors prolonger l'incision sur les tissus qui recouvrent la voûte palatine à sa moitié postérieure. De l'extrémité antérieure de cette incision on en fait partir deux autres dirigées en dehors et un peu en arrière de chaque côté. Ces incisions doivent être faites avec un fort couteau, de manière à sectionner le périoste et à pénétrer jusqu'à l'os. La couche postérieure du voile est ensuite divisée avec le bistouri, les parties molles séparées des os et les lambeaux ainsi formés sont rejetés de chaque côté et tenus par des aides. La voûte palatine est percée avec un perforateur à la partie antérieure de l'espace mis à découvert, les orifices ainsi pratiqués sont éloignés d'environ 1 centimètre de la ligne médiane. On introduit alors dans les trous de la voûte les branches d'une paire de fines pinces à os et l'on brise avec elle la portion osseuse

[1] *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 mai 1861.

[2] *Nouveaux éléments de chirurgie et de méd. opératoire*. Paris, 1838, t. II, p. 586 et suivantes.

[3] *Untersuchungen über Krankhafte Zustœnde der Oberkieferhohle.* Dorpat und Leipzig, 1844.

[4] Botrel : *D'une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens*. Thèse de Paris, 1850.

intermédiaire. On peut si c'est nécessaire compléter la séparation de la lame osseuse en divisant l'os de chaque côté[1]. Les fragments de substances osseuses, qui généralement comprennent une partie du vomer, sont soigneusement détachés de la muqueuse, de manière à permettre une réunion ultérieure. Le chirurgien, à travers l'ouverture ainsi faite, peut enlever le polype par le procédé qui lui paraît le plus convenable, il laisse ensuite la plaie ouverte aussi longtemps qu'il le désire, afin de pouvoir détruire avec soin les racines de la tumeur et traiter immédiatement toute récidive. Botrel[2] conseille de combiner la méthode de Maisonneuve (incision en boutonnière) avec la trépanation de la voûte palatine proposée par Nélaton, dans le but d'obtenir une guérison plus parfaite de la plaie.

Nous avons signalé les dangers de l'hémorrhagie pendant les « opérations préliminaires » et l'ablation des polypes, il ne nous reste plus qu'à indiquer les meilleurs moyens de combattre ces complications. Il est très important de procéder avec prudence, liant tout vaisseau si c'est possible avant de le diviser; et comme le fait observer Spillmann[3], il est bon de ne s'attaquer au polype que lorsque le malade est complètement réveillé afin qu'il puisse rejeter le sang qui pourrait s'écouler dans la trachée. Il serait peut-être bon, dans certains cas, de pratiquer la trachéotomie et de se servir de la canule de Trendelenburg (vol. I, trad. franç., p. 700), avant de pratiquer une opération préliminaire, mais on a cité un cas[4] de mort, bien qu'on eût préalablement pratiqué la laryngotomie. La ligature de la carotide est rarement de quelque utilité, à moins qu'on

[1] Cette opération n'est pas si difficile qu'on pourrait le croire d'après cette description. Quand les os sont comprimés par un polype, ils sont ordinairement si atrophiés qu'il est facile de les briser ou de les perforer. Ollier (*Traité exp. et clin. de la régénération des os*. Paris, 1867, t. II, p. 487) cite un cas dans lequel la voûte palatine était si mince qu'elle pouvait être percée avec une épingle ordinaire.

[2] *Loc. cit.*

[3] *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, t. XIII, p. 150.

[4] Ratton, *Lancet*, 3 novembre 1878.

ait auparavant constaté que la compression de ce vaisseau arrête l'écoulement sanguin, et dans les cas très graves le thermo-cautère est encore l'instrument le plus sûr. Ollier tamponne la cavité naso-pharyngienne avec des éponges après l'opération, et cette méthode est généralement adoptée par les chirurgiens anglais.

Malgré toutes ces précautions, une syncope mortelle peut survenir après l'ablation des polypes ; elle est due, selon toute probabilité, à la perte subite d'une grande quantité de sang au voisinage immédiat du cerveau [1].

POLYPES FIBRO-MUQUEUX

DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Le volume de ces tumeurs varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule, et elles sont ordinairement lisses, rouge sombre et de forme plus ou moins ovoïde. Bien que rares, elles sont cependant plus fréquentes, dans la cavité naso-pharyngienne, que les véritables fibromes. J'en ai noté seulement sept cas, bien que j'en aie observé deux ou trois autres.

Les *symptômes* qu'elles déterminent sont surtout des symptômes d'obstruction des fosses nasales, elles occasionnent parfois cependant la surdité. Elles ne donnent lieu à aucune hémorrhagie, n'ont aucune tendance à détruire les os au contact desquels elles se trouvent ; et ces différents signes servent à établir le *diagnostic* entre ces tumeurs et les fibromes véritables.

L'*anatomie pathologique* de ces tumeurs a été rendue intéressante par les recherches de Panas [2], qui a démontré que la

[1] Les expériences de Pozzi sur les chiens (*Gaz. hebd.*, 4 septembre 1874, p. 576) ont clairement démontré que la perte d'une quantité relativement minime de sang de la carotide amène plus rapidement la mort que celle d'une grande masse enlevée de la fémorale.

[2] *Bull. de la Soc. de chir.* 1873. L'auteur avait constaté le fait en 1858, mais il n'indique pas dans quel travail.

muqueuse qui entoure l'orifice des arrière-fosses nasales présente une forme de transition entre la muqueuse des fosses nasales, et le tissu fibro-muqueux épais qui adhère à la voûte du pharynx. Les tumeurs de ces parties ont pour la plupart la composition des tissus sur lesquels elles prennent naissance, et, tandis qu'un polype du nez est ordinairement muqueux, un polype né sur l'apophyse basilaire doit avoir la structure fibreuse, et celui qui s'insère autour des arrière-fosses nasales où les éléments fibreux et muqueux sont mélangés, doit avoir, selon toute probabilité, une structure fibro-muqueuse. Cette observation ne doit pas être considérée cependant comme une loi absolue, car, ainsi que nous l'avons déjà vu, on trouve dans les fosses nasales des tumeurs exclusivement fibreuses, de même que l'on voit naître des polypes fibro-muqueux près de la voûte du pharynx. Quand la tumeur a des branches qui s'étendent à la fois dans le pharynx et les fosses nasales, les prolongements qui vont dans le pharynx sont ordinairement fibreux, et les racines nasales ont la structure des polypes muqueux. Panas[1] lui-même, que ses recherches anatomiques avaient amené à penser que ces formes mixtes de polypes devaient exister dans la cavité naso-pharyngienne, en a rencontré un exemple en 1865. Le malade était un homme de soixante-huit ans qui souffrait depuis trois ans d'une obstruction de la narine gauche. A l'examen par la rhinoscopie antérieure, on apercevait simplement une petite saillie rouge au fond de la cavité nasale ; mais, en regardant dans la bouche, on pouvait voir le voile du palais repoussé en avant par une tumeur d'aspect blanchâtre. Elle était dure au toucher et nettement pédiculée. Panas divisa le voile du palais et enleva le polype avec les ciseaux, après avoir préalablement lié le pédicule pour prévenir l'hémorrhagie. La tumeur était arrondie, lisse. et avait l'aspect fibreux tant à la surface qu'au centre, à l'exception de la partie qui oblitérait la fosse nasale, cette dernière était de structure muqueuse. Dans un autre cas rapporté par Panas[2], la malade, une femme âgée de vingt-six ans,

[1] *Bull. de la Soc. de chir.* 1873, p. 378 et suivantes.
[2] *Ibid.*

souffrait depuis deux ans d'une obstruction des deux narines. On n'apercevait rien par la rhinoscopie antérieure ; mais, en passant le doigt derrière le voile du palais, on trouva une tumeur dure, pédiculée et mobile faisant saillie des arrière-fosses nasales dans le pharynx. Le néoplasme fut enlevé de la même façon que dans le cas précédent, et l'on put constater qu'il se composait de deux polypes attachés chacun par un pédicule au bord postérieur du vomer. Chaque tumeur fermait l'un des orifices postérieurs des fosses nasales à la façon d'une paupière, et la partie la plus considérable de chacune d'elles reposait sur le voile du palais. Elles avaient une couleur rougeâtre et une consistance intermédiaire entre une tumeur fibreuse et un myxome ; à la section, elles laissèrent échapper une certaine quantité de sérosité. Mathieu[1] a réuni quatre autres observations de tumeurs observées par Legouest, Bonnes, Duménil et Trélat, qui s'inséraient à la base du crâne et paraissent avoir été des polypes fibro-muqueux ; mais, dans un cas seulement, le caractère de la tumeur fut déterminé par l'examen microscopique. Dans deux autres cas[2] (de Trélat et Labbé), l'examen microscopique, soigneusement fait par Cornil et Coyne, démontra qu'il s'agissait bien de polypes fibro-muqueux[3].

Le *pronostic* est très favorable, les polypes fibro-muqueux n'ont qu'une légère tendance à la récidive après leur ablation.

Le *traitement* consiste à les enlever de la manière qu'on juge le plus convenable. D'ordinaire, j'ai pratiqué l'extirpation de ces tumeurs par arrachement fait avec la pince introduite dans la bouche ; cette méthode m'a paru la plus facile et la plus efficace. Dans quelques cas cependant, on peut passer autour du pédicule un fil introduit par les fosses nasales ; dans d'autres, la tumeur peut être attaquée dans la cavité naso-pharyngienne à l'aide du galvano-cautère. Dans ce but, on pourra se servir

[1] *Sur les polypes muqueux des arrière-narines*. Thèse de Paris, 1875.

[2] *Ibid.*

[3] Depuis cette époque, M. Degail a réuni quelques autres cas qu'il a publiés dans sa thèse sur ce sujet. (Note des traducteurs.)

avec avantages de l'électrode de Lincoln (fig. 45, p. 59). Sur sept cas, j'ai réussi à en guérir cinq ; dans un autre, il se produisit une récidive, mais j'ai su que le malade avait été guéri plus tard par un autre chirurgien. J'ai perdu de vue le septième malade et j'ignore quels ont été les résultats de l'opération. Il n'est jamais nécessaire dans les cas de polypes fibro-muqueux, de pratiquer les graves « opérations préliminaires » qu'exige parfois l'ablation des polypes fibreux naso-pharyngiens [1].

ENCHONDROMES

DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Max Muller [2] a rapporté un cas de vraie tumeur cartilagineuse née de l'apophyse basilaire de l'occipital. De l'histoire du malade, il résulte qu'il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans qui souffrait depuis cinq ou six ans d'une obstruction des fosses nasales avant de venir trouver le médecin. Mais la maladie ayant fait des progrès il commença à ressentir des douleurs très vives, en même temps il fut pris d'accès de léthargie et de syncopes. Le volume de la tumeur s'accrut, repoussant en avant le voile du palais, obstruant complètement les deux narines et amenant le déplacement de la cloison. La compression de la masse produisit la résorption de la lame papyracée (*lamina papyracea*) de l'ethmoïde et la tumeur pénétra dans l'orbite. Muller enleva le néoplasme au serre-nœud, après avoir pratiqué la résection temporaire du nez d'après la méthode de Langenbeck. La tumeur qui s'insérait à l'apophyse basilaire avait le volume du poing et pesait environ 130 gr. L'examen au microscope démontra que l'on avait affaire à un enchondrome véritable.

[1] Toutefois il est utile de savoir que l'écoulement du sang, au moment de l'opération, est parfois très abondant, et qu'il est nécessaire d'avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour éviter une surprise. (Note des traducteurs.)

[2] *Langenbeck's Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1870, Bd. XII, p. 323.

Tel est, autant que j'ai pu m'en assurer, le seul fait de tumeur cartilagineuse de la cavité naso-pharyngienne. On a cependant rapporté deux cas dans lesquels une tumeur primitivement fibreuse subit dans son entier la transformation cartilagineuse. Dans l'un d'entre eux, le malade, un garçon de douze ans, mourut pendant que Samuel Cooper [1] lui donnait ses soins. La face était affreusement défigurée, le nez considérablement dévié à gauche et les yeux éloignés l'un de l'autre de 10 centimètres. Le pharynx était tellement rempli par la tumeur qu'il était très difficile de le nourrir même à la cuiller, et que l'examen de la voûte palatine était impossible. Le malade n'y voyait plus de l'œil gauche depuis déjà quelque temps et une semaine ou deux avant la mort, il fut pris de paralysie des membres inférieurs et de la vessie. A l'autopsie, on trouva qu'une bonne portion de la tumeur avait la consistance du cartilage. Une partie, grosse comme un orange, avait pénétré dans la cavité crânienne et détruit le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche. Les os voisins étaient plus ou moins résorbés, de sorte qu'il fut impossible de découvrir l'insertion de la tumeur. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que, malgré l'étendue des lésions cérébrales, le malade ne ressentit jamais la moindre douleur et conserva sa connaissance jusqu'aux derniers moments de sa vie. Le second cas est celui d'un garçon de dix-sept ans qui présentait, depuis quelque temps, les symptômes habituels des polypes naso-pharyngiens. Il fut opéré par Le Dentu [2] d'après la méthode palatine de Nélaton, et la tumeur qui naissait de l'apophyse basilaire et présentait toutes les apparences d'un fibrôme naso-pharyngien paraissait être complètement détruite. La récidive eut lieu cependant douze mois après, et Le Dentu pratiqua une seconde opération, en s'ouvrant cette fois un accès vers la tumeur par une ouverture pratiquée à la partie antérieure du nez. De cette façon, il enleva une tumeur *cartilagineuse* du vo-

[1] *Dict. of practical surgery*: édité par Lane. Londres, 1872, art. *Polype*, vol. II, p. 463.

[2] Petit : *De quelques considérations sur les polypes naso-pharyngiens*. Thèse de Paris, 1881, p. 33 et suivantes.

lume d'une date, qui était insérée au bord postérieur du vomer et envoyait des prolongements dans chacune des deux fosses nasales. Derrière celle-ci et en connexion avec elle, il existait une seconde masse *cartilagineuse* qui paraissait attachée à la base du crâne. On ne crut pas nécessaire d'intervenir pour cette dernière partie. Le malade paraît avoir guéri complètement, mais on ne dit pas qu'elle fut la terminaison définitive. Nous devons faire observer qu'après la première opération, l'examen microscopique ne fut pas fait. Il est possible par conséquent qu'on ait eu affaire à un début d'enchondrome. Petit[1] prétend que la transformation peut être due à l'irritation de voisinage du tissu osseux. Le fait qu'on n'a jamais observé une pareille succession d'accidents dans des cas semblables, rend cette hypothèse un peu difficile à accepter.

TUMEURS MALIGNES

DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Otto Weber[2] a mentionné sans détails des cas de tumeurs malignes du pharynx nasal et depuis lors, Verneuil[3], Rabistch[4], Gross[5], Demarquay[6] et Bryk[7] en ont rapporté des observations. Veillon[8], à son tour, a publié une courte monographie sur ce sujet. Les *causes* de ces tumeurs sont inconnues, et la maladie elle-même ne paraît pas très commune. Cependant l'affection n'est probablement pas si rare qu'on pourrait le

[1] *Op. cit.*, p. 34.

[2] *Pitha und Billroth. Chirurgie*. Bd. III, 1 Abtheil, 2 Heft. Erlangen, 1866.

[3] *Bull. de la Soc. de biologie*. Paris, 1869.

[4] *Allgem. Wien med Zeitung*. 1869, n° 42.

[5] *Gaz. méd de Strasbourg*, 1872, n° 2.

[6] *Bull. de la Soc. de chirur.* 18 juin 1873.

[7] *Arch. f. klin. chirurg*. Bd. XVII, 4 Heft, p. 562.

[8] *Contribution à l'étude des tumeurs malignes naso-pharyngiennes*. Thèse de Paris, 1875.

supposer d'après le petit nombre d'exemples qui en ont été rapportés; il est, en effet, probable que des tumeurs malignes ont été prises parfois pour de simples polypes. Dans quelques cas rares ce dernier genre de tumeur peut se transformer graduellement en véritable sarcome [1].

Symptômes. — Les symptômes sont ceux qui caractérisent toutes les tumeurs qui obstruent les fosses nasales, à savoir : gêne respiratoire qui peut s'accroître et constituer une véritable dyspnée, épistaxis, coryza plus ou moins constant, catarrhe rétro-nasal (les sécrétions sont souvent très fétides), altération de la voix et articulation imparfaite. La douleur est fréquente, souvent considérable, mais n'est pas la compagne obligée des tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne ; le malade se plaint souvent de ce que la douleur se porte dans les oreilles, et elle est d'ordinaire plus considérable la nuit. A mesure que le néoplasme s'accroît, on peut voir survenir de la dysphagie, et enfin la cachexie.

Par la rhinoscopie antérieure il est probable qu'il est facile d'apercevoir une masse plus ou moins volumineuse obstruant une des fosses nasales ou les deux, et si l'on explore soigneusement la région malade avec une sonde on pourra s'assurer si la tumeur s'inserre sur la cloison ou toute autre partie des fosses nasales. En examinant la bouche, on constatera probablement que le voile du palais est épaissi et plus ou moins repoussé en avant; si la tumeur est considérable, on pourra la voir en partie en tirant en avant le voile du palais ou en le soulevant. Les tumeurs sarcomateuses de la cavité naso-pharyngienne sont assez souvent pédiculées, quelque peu pyriformes, quelquefois aussi plus ou moins nettement lobulées. Elles sont recouvertes par la muqueuse du pharynx, et ne présentent au toucher ou à l'œil aucun signe qui permette de reconnaître leur véritable nature. Ces tumeurs ont les caractères ordinaires des néoplasmes malins, à savoir : rapidité du

[1] Otto Weber : *Op. cit.*, p. 207. Voyez en particulier la fig. 37 (*Ibid.*) qui représente un polype fibreux naso-pharyngien ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.

développement, récidive après l'ablation et dans quelques cas, prédisposition à donner naissance dans d'autres organes à des dépôts néoplasiques secondaires.

L'examen microscopique seul permet de faire un diagnostic certain. Une grande habitude et une grande délicatesse du toucher pourrait peut-être permettre au chirurgien d'établir une distinction entre la rénitence du sarcome et la dureté du véritable polype fibreux. Le toucher, cependant, est un guide peu sûr dans les cas de ce genre; on le pratique, en effet, dans des conditions particulièrement difficiles, car les fibromes et les sarcomes renferment fréquemment dans leur masse un certain mélange de tissu muqueux.

Le *pronostic* des tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne est fatal.

Quant à leur *anatomie-pathologique*, elles paraissent avoir le plus souvent la structure des sarcomes. Elles renferment souvent en assez grande abondance du tissu muqueux ou fibreux qui vient s'ajouter aux cellules rondes ou fusiformes caractéristiques; il est possible que dans les cas de ce genre, la tumeur maligne soit venue se greffer sur une simple hyperplasie. Parfois, comme dans les cas rapportés récemment par Thornley Stoker[1] et Mac Donnell[2], le néoplasme renferme de véritables cellules de cartilage.

Le *traitement*. — Si l'on reconnaît la maladie à son début. Le traitement doit consister dans l'extirpation de la masse tout entière. Dans la plupart des cas, il est nécessaire pour mettre la tumeur a découvert, de pratiquer une opération préliminaire (p. 398). Le chirurgien devra surveiller attentivement tous les signes de récidive, dans le but d'attaquer de nouveau le mal, si c'est nécessaire ; mais le plus souvent, on ne réussit qu'à prolonger une existence misérable.

[1] *Brit. med. Journ.* 19 janvier 1884, p. 113.
[2] *Ibid.*

SURDITÉ GUTTURALE

(CONSÉCUTIVE AUX AFFECTIONS DE LA GORGE)
(Throat-deafness)

DÉFINITION. — *Surdité produite par un état morbide de la cavité naso-pharyngienne au voisinage de l'orifice de la trompe d'Eustache, ou par des modifications dans les parois de la trompe elle-même, s'opposant au libre accès de l'air dans l'oreille moyenne.*

Historique. — Quelques auteurs anciens ont mentionné la surdité causée par une obstruction mécanique de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, ou une inflammation de la trompe elle-même, d'origine syphilitique. Ainsi Valsalva[1] parle de la surdité consécutive à une oblitération de la trompe produite par une ulcération spécifique. Van Swieten[2] a décrit la propagation des ulcérations du pharynx à l'oreile interne par l'intermédiaire de la trompe, et Plenck[3] mentionne le rétrécissement de ce conduit consécutif aux mêmes causes. Nisbet[4], B. Bell[5], Swiedaur[6], Saunders[7], Cullerier[8] ont fait des observations analogues. Le terme de surdité gutturale (Throat-deafness) a été employé pour la première fois à une époque relativement récente, et s'appliquait à une forme de surdité que l'on supposait être due à l'hypertrophie des amygdales. Yearsley[9] en 1853 insista vivement sur ce point, mais ses idées furent victorieusement combattues par Harvey[10], qui démontra avec pièces anatomiques à l'appui, qu'il est

[1] *De aure humanâ.* Bologne, 1704, p. 90.

[2] *Comment. in H. Boerhaave Aphorismos.* Lugd. Batav., 1772, t. V, pp. 369, 371, 373.

[3] *De morbi venerei doctrinâ.* Viennæ, 1779, p. 89.

[4] *First lines of the theory and practice of Venereal diseases.* Edinburgh, 1787, p. 330.

[5] *Trlatise on Gonorrhea.* Edinburgh, 1793, vol. II, p. 65 et suivantes.

[6] *Traité de la maladie vénérienne.* Paris, 1801, t. II, p. 144.

[7] *Anatomy of the human ear*, etc. London, 1806, p. 79.

[8] *Journ. de med.* 1814, t. XLIX, p. 202.

[9] *Throat-deafness.* London, 1853, 1re édit., p. 2 et suiv.

[10] *The ear and its diseases*, 1856, p. 157.

impossible que l'orifice des trompes d'Eustache puisse être oblitéré de cette façon, et émit l'idée que la maladie pourrait bien être le résultat de l'extension de l'inflammation de la muqueuse qui recouvre les amygdales à celle qui avoisine l'orifice des trompes. Cette théorie fut bientôt généralement acceptée et presque tous les cas de surdité gutturale furent considérés comme des exemples de catarrhe de l'oreille moyenne tirant leur origine de la cavité naso-pharyngienne. Les progrès faits dans ces dernières années ont démontré toutefois que la surdité gutturale peut être aussi le résultat d'autres affections de la trompe d'Eustache. En 1882 Hinton [1] distingua deux espèces de surdité gutturale, la première dépendant du gonflement inflammatoire de la région naso-pharyngienne, l'autre du *relâchement* (relaxation) de ces parties. Meyer [2] en 1869 fait connaître l'importance des végétations adénoïdes sur la production de la surdité, et ce fait marque une époque importante dans l'histoire de la surdité d'origine pharyngienne. Weber-Liel[3], en 1873, publia un travail fort important, dans lequel il démontra d'une manière absolument évidente que ce qu'on avait considéré jusqu'à ce jour comme étant une affection catarrhale de l'oreille moyenne, était en réalité une névrose, la maladie étant caractérisée par la paralysie du tenseur du voile du palais, muscle que l'on considère comme ayant pour fonctions de maintenir ouverte la trompe d'Eustache. D'après Weber-Liel, ce muscle important une fois paralysé, l'action du tenseur du tympan n'est plus contrebalancée ; il en résulte divers accidents dont nous parlerons plus loin. En 1879, à la réunion annuelle de l'association médicale de la Grande-Bretagne, Woakes[4] décrivit une forme de surdité gutturale dans laquelle les muscles de la trompe et le tenseur du tympan sont paralysés en même temps.

Etiologie. — La maladie peut être sous la dépendance d'un état de parésie de la trompe, d'une inflammation chronique de la muqueuse qui la revêt, ou d'un état morbide de la cavité naso-pharyngienne, qui donne lieu à une obstruction tubaire. Nous allons étudier en détail ces trois facteurs.

Dans les cas nervo-musculaires, la cause immédiate paraît

[1] *Holme's system of surgery*. London, 1862, 1re édit., vol. III, p. 159-162.

[2] *Med. chir. Trans.* 1870, vol. LIII, p. 192 et suivantes.

[3] *Ueber das Wesen u. die Heilbarkeit der haufigsten Form progressiver Schwerhorigkeit.* Berlin, 1873.

[4] *Brit. med. Journ.* 1879, vol. II, pp. 328, 329.

être la paralysie du tenseur du voile du palais, lésion qui, d'après Weber-Liel, peut avoir une origine centrale, réflexe ou vaso-motrice. L'altération dans la contractilité de la trompe relève le plus souvent d'un état morbide du nerf de la cinquième paire, mais les névroses du facial, du glosso-pharyngien, du nerf vague, du spinal accessoire et du plexus sympathique de la cavité naso-pharyngienne et du cou, peuvent amener également l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des muscles. Les causes éloignées de ces affections nerveuses sont ordinairement la fatigue cérébrale, les émotions dépressives, les exercices du corps exagérés, la parturition et, en général, tous les genres de vie insalubre.

L'ouvrage de Weber-Liel contient des exemples de « troat-deafness » consécutive à la phtisie et à la fièvre typhoïde. La diphtérie naso-pharyngienne pourrait être aussi une cause de l'affection de la trompe et de l'oreille moyenne, et l'on pense que cette complication n'est pas très rare en raison de ce fait que Wendt [1] a constaté une affection de l'oreille moyenne dans les deux cinquièmes des cas de diphtérie de la cavité naso-pharyngienne. Le rhumatisme, l'atrophie musculaire progressive, la chlorose et même l'anémie extrême, peuvent influer sur l'état des muscles. La parésie serait parfois favorisée, d'après Weber-Liel, par un vice de développement congénital de ces muscles.

L'inflammation chronique de la trompe accompagne parfois le catarrhe naso-pharyngien, mais on ne doit pas oublier qu'il est très rare de voir survenir le catarrhe dans les organes qui présentent des troubles de l'innervation, et que, dans la plupart des cas d'affection catarrhale de l'oreille moyenne, une névrose en a été le point de départ. D'après Zaufal[2], le coryza atrophique amènerait souvent la surdité par propagation à la trompe du processus morbide de la muqueuse du nez. Il a constaté cette affection pour 80 pour 100 des cas

[1] *Ziemssen's Cyclopædia*, vol. VII, p. 71.

[2] *Die Allgemeine Verwendbarkeit der Kalten Drahtschlinge.* Prag., 1878.

d'ozène examinés par lui. Je n'ai pas rencontré la même proportion de sourds parmi les malades que j'ai examinés, bien que j'ai observé quelquefois la coexistence de ces deux affections [1].

L'affection de la cavité naso-pharyngienne qui influe le plus souvent sur la trompe est la présence dans cette région de végétations adénoïdes. Sur 175 malades atteints de ces néoplasmes, Meyer [2] en a observé 130 ayant une audition défectueuse.

Les lésions syphilitiques peuvent survenir au voisinage de trompe et amener des troubles de l'audition par obstruction mécanique ou inflammation de ce conduit. Le fait, ainsi que nous l'avons fait observer déjà, avait été signalé par les écrivains anciens. Dans ces dernières années, Zaufal [3] a attiré l'attention sur la fréquence des gommes syphilitiques au voisinage de la trompe d'Eustache. Parmi les formes les plus obscures de surdité gutturale, nous devons mentionner la phlébectasie de la muqueuse qui recouvre le cartilage tubaire. Cette cause, d'après von Tröltsch[4], peut amener un rétrécissement du conduit assez considérable pour diminuer l'audition. Zuckerkandl[5], affirme que les veines du plexus ptérygoïdien interne peuvent, lorsqu'elles sont augmentées de volume, produire le même effet en comprimant le bourrelet de la trompe d'Eustache. Schwartze [6] dit que l'œdème du bourrelet de la trompe et l'occlusion partielle qui en est la conséquence, peut être produite par l'obstruction du courant sanguin dans la *veine cave* supérieure. Dans certains cas, la trompe est obstruée par des exostoses situées au voisinage de ce conduit ; von Tröltsch [7] a vu un cas d'obstruction tubaire produit par

[1] Bien des auteurs cependant s'étonnent de la rareté relative des affections catarrhales de l'oreille chez les sujets atteints de coryza atrophique, et le Dr Weiss (de Genève) a publié récemment (1886) un travail intéressant sur ce sujet qu'il étudie d'une manière complète. (Note des traducteurs.)

[2] *Achiv. für Ohrenheilkunde.* 1874, Bd. VIII, p. 243.

[3] *Loc. cit.*

[4] *Lehrbuch der Ohrenheilkunde.* 1867, p. 310.

[5] *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde.* Jahrgang, X sp. 52, p. 231.

[6] *Pathol. Anatomie des Ohres*, p. 104

[7] *Arch. für Ohrenheilkunde.* Bd. IV, p 140.

l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur et dans un autre cas par une tumeur osseuse de la cloison.

Symptômes. — Les causes de la maladie sont diverses et par conséquent les symptômes variables. Même quand il s'agit d'un état parétique, les phénomènes diffèrent beaucoup suivant les cas ; l'un donnant lieu à des symptômes fort pénibles et qui tendent toujours à s'aggraver en dépit de tout traitement, l'autre, au contraire, déterminant une gêne moins considérable et cédant à l'influence du traitement. Dans la première classe rentrent les cas décrits par Weber-Liel. Un des premiers signes est la *fatigue* à soutenir longtemps l'attention. Elle se manifeste d'elle-même pour le malade qui entend difficilement après une conversation prolongée; la puissance auditive en effet, bonne au début, s'affaiblit graduellement à mesure que l'effort persiste. Le malade éprouve une difficulté particulière à suivre une conversation générale, bien qu'il entende parfaitement lorsqu'il cause avec une seule personne. Dans le premier cas, la difficulté provient de la perte du « pouvoir d'accommodation », le tympan ne s'adapte plus en effet aussi facilement aux différents sons de voix qui varient en qualité et en intensité et qui proviennent de personnes situées à des distances différentes et en divers points par rapport à l'auditeur. Le malade entend, en outre, des bruits subjectifs dans l'oreille malade[1], en même temps qu'il perçoit des bruits de craquement lorsqu'il mâche ou qu'il avale. Avec les progrès de la maladie surviennent quelquefois les vertiges.

Le malade éprouve souvent une sensation de picotement ou de raclement à la gorge, et, à l'examen, on constate la paralysie de l'un ou des deux côtés du pharynx. Bien que Weber-Liel

[1] Ces symptômes subjectifs consistent généralement en bruit de coquillage, de la mer, du vent dans les feuilles, etc. Le malade ressent, en outre une sorte de lourdeur de la tête du côté malade ; il croit parler dans un tuyau sonore; il a dit-il, la moitié de la tête en bois. Il est plus ou moins sourd et cependant le bruit violent le trouble et lui est désagréable. (Note des traducteurs.)

ait signalé, le premier, cette paralysie, Woakes[1] a rendu un fort grand service en insistant sur la nécessité d'examiner soigneusement le voile du palais dans tous les cas de surdité, dans le but de s'assurer si son innervation est normale. Cet examen est de la plus grande importance dans les cas que nous décrivons ici, dans lesquels la névrose n'attire pas l'attention par elle-même ; rarement en effet, la parésie est assez accentuée pour modifier la voix du malade et lui donner cette intonation particulière, caractéristique de la paralysie du voile du palais.

A l'examen, le tympan apparaît souvent rétracté, parfois opaque et épaissi. En raison de l'affaissement des parois de la trompe on ne peut faire l'insufflation avec la poire de Politzier, mais le cathétérisme est facile à pratiquer[2].

L'affection que nous venons de décrire débute le plus souvent par l'oreille gauche; elle est très rebelle au traitement. D'après Weber-Liel, le caractère pénible des symptômes est dû en grande partie au tenseur du tympan dont l'action n'est plus contrebalancée et qui détermine une action violente sur la caisse et les osselets. Une forme moins grave de névrose, dans laquelle cependant les muscles de la trompe et le tenseur du tympan sont en même temps paralysés, a été décrite par Woakes. L'obstruction de la trompe est alors partielle car les deux muscles antagonistes étant paralysés, leur action se balance exactement, et quand on examine le tympan, il paraît normal ou légèrement déprimé. Dans les cas de ce genre, il n'existe ni bourdonnements, ni vertiges, mais la surdité se fait sentir dès le début de l'affection, qui tend cependant à la guérison.

[1] *Op. cit.*, pp. 33-36.

[2] Non seulement le tympan est rétracté, mais il apparaît souvent un peu rosé à sa face interne ; le manche du marteau est relevé, plus ou moins horizontal, et l'insufflation n'est pas toujours aussi facile à pratiquer que veut bien le dire l'auteur de ce livre. Il n'est point rare d'entendre à l'auscultation l'air passer par bouffées produisant un gargouillement ou des sifflements qui indiquent l'état catarrhal du conduit tubaire. Toutefois les douches d'air redressent généralement le tympan, à moins qu'il n'existe des lésions anciennes (adhérences, ankylose, etc.) et améliorent momentanément l'audition. (Note des traducteurs.)

La surdité gutturale (throat-deafness) placée sous la dépendance d'une des maladies de la cavité naso-pharyngienne que nous avons déjà décrite présente les symptômes de cette affection, auxquels vient s'ajouter la surdité.

Diagnostic. — Un examen minutieux du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et de l'appareil auditif permettra de déterminer si la maladie provient de la trompe d'Eustache [1]. Le degré de tension de la membrane du tympan permettra de faire la différence entre les différentes espèces de parésie. On ne doit pas oublier cependant que dans les cas les plus graves, il peut se produire des lésions anatomiques de l'oreille moyenne.

Anatomie pathologique. — Nous avons étudié en son temps l'anatomie pathologiqne des diverses affections de la cavité naso-pharyngienne qui peuvent produire accidentellement l'obstruction de la trompe, il ne nous reste plus qu'à faire quelques remarques sur la forme parétique de la maladie. Dans les cas graves, en raison de l'affaissement des parois de la trompe, l'air se raréfie de plus en plus dans la caisse, en même temps que le tenseur du tympan, dont l'action n'est plus contrebalancée amène une tension exagérée de la membrane; la chaîne des osselets est refoulée en dedans et l'étrier comprime le labyrinthe.

Il se produit bientôt des modifications secondaires : la congestion passive de la cavité tympanique amène des modifications trophiques [2], de caractère plus ou moins cirrhotique, et qui déterminent, au début, le développement, puis l'atrophie d'un tissu conjonctif de nouvelle formation, il se produit des

[1] L'examen de la membrane tympanique seule indiquera bien souvent le point de départ tubaire des bourdonnements et de la surdité. Dans d'autres cas, il sera nécessaire de faire un examen fonctionnel sérieux pour établir le diagnostic différentiel. (Note des traducteurs.)

[2] C'est à cet ensemble de phénomènes que M. Boucheron a donné le nom d'otopiésis, attribuant à cette affection bon nombre de surdi-mutités qu'il considère comme curables si on les traite au début, alors qu'il n'existe pas encore de troubles trophiques du côté du labyrinthe. (Note des traducteurs.)

adhérences entre des parties normalement séparées, l'étrier se fixe dans la fenêtre ovale et le labyrinthe devient le siège de la maladie. Comme nous l'avons fait observer déjà, le point de départ de la maladie, d'après Weber-Liel, peut être d'origine centrale, réflexe ou vaso-motrice. La forme la moins grave de cette affection, décrite par Woakes, serait toujours, d'après cet auteur, d'origine vaso-motrice. Il pense que, dans les cas de ce genre, la force nerveuse, celle du système sympathique en particulier, est affaiblie.

Pronostic. — Dans les cas nerveux, on doit tenir compte de l'âge et de l'état du malade. Si le sujet est une personne affaiblie par la maladie, surmenée par le travail ou tracassée par des peines morales, le pronostic est très défavorable. La tendance à la perte complète de l'audition est si marquée dans les cas de ce genre que Weber-Liel, qui, le premier, a décrit cette affection, l'appelle « surdité progressive ». La présence des bruits subjectifs est aussi fort importante à constater.

Quand la surdité est la conséquence des végétations adénoïdes, le pronostic est favorable, car les tumeurs peuvent toujours être détruites. Dans les autres cas d'obstruction mécanique, le pronostic dépend de la possibilité d'enlever la cause de l'obstruction.

Traitement. — Dans les cas nerveux, la maladie doit être traitée par la douche de Politzer, et, si cela ne suffit pas par le cathétérisme. Weber-Liel [1] s'est fort bien trouvé de l'électrisation de la trompe au début de la forme grave de l'affection, et Woakes affirme qu'elle est très utile dans la forme légère. Von Tröltsch affirme que l'action de se gargariser, en exerçant les muscles de l'arrière-gorge rend aussi de bons services. A la dernière période de l'affection, alors qu'il s'est produit des modifications secondaires dans l'oreille moyenne, Il ne reste plus à faire que la paracentèse du tympan et la ténotomie [2] du

[1] *Arch. f. Ohrenheilkunde.* Bd. IV, p. 140.

[2] M. le Dr Miot a établi les règles de cette opération dans un intéressant travail sur ce sujet. (Note des traducteurs.)

muscle tenseur [1], dont l'efficacité est douteuse. Avant que la maladie n'ait atteint ce degré, on devra certainement faire usage d'un traitement constitutionnel.

Fortifier le malade s'il est affaibli, éloigner toutes les causes morales qui peuvent l'abattre ; s'il est surmené par le travail, le diminuer ou le faire cesser complètement, enfin le fortifier par tous les moyens possibles. Les toniques du système nerveux, le phosphore et la strychnine en particulier, sont très utiles dans certains cas, tandis que, si le malade est anémique, les ferrugineux rendront de grands services.

Quand la maladie dépend de l'obstruction de la trompe par un néoplasme, on devra la faire disparaître si c'est possible. Les tumeurs adénoïdes seront enlevées de la façon que nous avons indiquée déjà (p. 275 et suiv.). Les végétations syphilitiques et les varicosités veineuses seront détruites, si c'est possible, au galvano-cautère. On pourra pratiquer des scarifications sur les tuméfactions œdémateuses. Quant aux exostoses, on les enlèvera, si on peut les saisir, avec des pinces recourbées.

[1] Chez les enfants les insufflations par le procédé de Gruber ou de Politzer peuvent être efficaces. Mais chez l'adulte nous avons donné la préférence à la sonde avec laquelle on dirige plus sûrement son insufflation que l'on peut au besoin rendre médicamenteuse. Le cathétérisme a en outre l'avantage de permettre l'emploi d'une douche plus ou moins violente suivant l'état des trompes et des oreilles de chaque malade. Il ne faudra pas oublier que si l'entrée de l'air était empêchée par le gonflement de la muqueuse tubaire, quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10 ou 1/15 suffirait pour rétracter la muqueuse et rendre plus facile l'accès de l'air dans la caisse. (Note des traducteurs.)

APPENDICE

FORMULES SPÉCIALES DES REMÈDES TOPIQUES CONTENUES POUR LA PLUPART DANS LA PHARMACOPÉE DE L'HOPITAL DE LA GORGE

Les formules des pulvérisations ont été déjà données (vol. I, p. 769-776), et celles des pastilles (Lozenges) (*ibid.*, p. 779.)

BOUGIES

On fait usage des bougies dans les affections chroniques des fosses nasales. Les indications pour leur emploi ressortent de la composition de chacune d'elles. La base de la bougie est la « gélato-glycérine » qui consiste en gélatine, glycérine et eau dans les proportions suivantes :

Gélatine rectifiée.	150
Glycérine.	180
Eau	180

Laissez la gélatine baigner dans l'eau pendant douze heures, en agitant de temps en temps, ajoutez la glycérine, qui se dissout dans l'eau et faites évaporer jusqu'à ce que vous ayez obtenu 450 grammes de gélato-glycérine. Pour faire la bougie, on fait fondre la gélato-glycérine, on ajoute la substance médicamenteuse et on coule dans des moules de façon à obtenir des bougies ayant 8 centimètres de longueur, de forme conique (fig. 82), le diamètre de la grosse extrémité étant de 8 millimètres environ, et celui

de l'extrémité amincie ayant 3 millimètres. La planche ci-jointe indique la forme de la bougie au sortir du moule. Quand



FIG. 82. — Bougie nasale médicamenteuse.

on désire s'en servir on peut la raccourcir à volonté. Nous pouvous donner comme type les formules suivantes :

Iodoforme finement pulv. .	0,03
Glycérine	0,05

Mêlez ensemble et ajoutez la mixture à 2 gr. 50 de gélato-glycérine, fondue dans l'eau

Mêlez, coulez dans le moule, et retirez après solidification.

Bougies à l'acide phénique :

Acide phénique.	0,03
Gelato-glycérine	2,50

— au bismuth :

Sous-nitrate de bismuth . .	0,30
Glycérine	0,15
Gélato-glycérine	2,50

— au sulfate de cuivre :

Sulfate de cuivre pulvérisé.	0,06
Gélato-glycérine	2,50

— à l'iodoforme :

Poudre d'iodoforme	0,03
Glycérine	0,05
Gélato-glycérine	2,50

— à la morphine :

Acétate de morphine. . . .	0,03
Glycérine	0,01
Gélato-glycérine.	2,50

— à l'acétate de plomb :

Acétate de plomb	0,03
Glycérine	0,10
Gélato-glycérine	2,50

Bougies au thymol :

Thymol.	0,006
Alcool rectifié	0,08
Gélato-glycérine	2,50

— au sulfate de zinc :

Sulfate de zinc pulvérisé. .	0,006
Gélato-glycérine.	2,50

IRRIGATIONS. — DOUCHES NASALES

Pour les irrigations nasales on ne doit pas employer plus de 500 grammes de liquide, et 350 grammes suffisent ordinairement. Si l'on se sert du syphon, le vase doit être placé immédiatement au-dessus de la tête du malade, afin d'éviter un courant d'eau trop fort.

La température du liquide doit être d'environ 32° centigrades.

IRRIGATIONS ASTRINGENTES

Irrigations à l'acide tannique :

Acide tannique.	0,20
Eau.	30

— à l'alun :

Alun.	0,25
Eau	30

— au sulfate de zinc :

Sulfate de zinc	0,03
Eau	30

DÉTERSIVES

Irrigations à l'acide phénique avec soude et borax :

Acide phénique.	0,20
Bicarbonate de soude . . .	0,75
Borax	0,75
Eau	30

Irrigations au permanganate de potasse :

Permanganate de potasse. .	0,25
Eau.	30

— au bicarbonate de soude :

Bicarbonate de soude . . .	2
Eau.	30

Irrigations au chlorure de sodium :

Chlorure de sodium.	19
Eau.	30

ANTISEPTIQUES

Acide phénique pur	0,20
Glycérine	1
Eau.	30

— au zinc sulfo-phéniqué :

Zinc sulfo-phéniqué	0,10
Eau.	30

LOTIONS — INJECTIONS NASALES

On pratique les lotions nasales soit en réunissant le liquide contenu dans le creux de la main, soit à l'aide d'une petite seringue en verre ou en caoutchouc. On doit faire parcourir au liquide toute la longueur de la cavité nasale jusqu'au pharynx, d'où il est ensuite craché. La température des lotions doit être de 37° environ.

LOTIONS DÉTERSIVES

Lotion alcaline :

Bicarbonate de soude. . . .	0,75
Acide phénique	0,10
Eau.	30

— au chlorhydrate d'ammoniaque :

Bicarbonate de soude	aa 0,40
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	
Eau.	30

— au chlorate de potasse :

Chlorate de potasse . . .	aa 0,40
Bicarbonate de potasse . .	
Eau.	30

— alcaline composée :

Bicarbonate de soude. .	... aa 0,40
Biborate de soude . . .	
Chlorate de soude . . .	
Sucre blanc	1

La poudre ainsi composée doit être dissoute dans un demi-verre, d'eau tiède environ[1].

ASTRINGENTES

Lotions à l'alun :

Alun	0,40
Acide phénique	0,10
Eau.	30

— au chlorhydrate d'ammoniaque :

Chlorhydrate d'ammoniaque. } Alun. . . . . }	aa 0,40
Eau.	30

— au sulfate de zinc :

Sulfate de zinc	0,40
Acide phénique	0,10
Eàu	30

VAPEURS. — PULVÉRISATIONS

Le pulvérisateur à boule ordinaire remplit parfaitement le but. En dehors du long bec droit et fusiforme qui sert pour les fosses nasales antérieures, on doit en avoir un autre recourbé presque à angle droit, à 4 centimètres environ de son extrémité pour les pulvérisations dans les arrière-fosses nasales.

PULVÉRISATIONS ANTISEPTIQUES

Pulvérisations à l'acide phénique :

Acide phénique	0,20
Eau.	30

— à l'acide sulfurique :

Acide sulfurique.	Q. S.

On peut employer chaque fois 40 à 60 gouttes d'acide; la pulvérisation doit être faite très lentement.

[1] L'auteur, dans ces dernières années, a constamment prescrit cette solution dans les inflammations chroniques du nez et de la cavité naso-pharyngienne: il en a toujours obtenu de bons résultats.

Pulvérisations à l'iode et à l'acide tannique :

Teinture d'iode	0,15
Glycérine	0,50
Acide tannique.	0,10
Eau distillée.	30

— à l'iodoforme :

Iodoforme.	2,50
Ether (poids spécifique 0,735)	30

— au permanganate de potasse :

Permanganate de potasse. .	0,30
Eau distillée.	30

— au benzoate de soude :

Benzoate de soude.	1,20
Eau distillée.	30

— à l'iodure de zinc :

Iodure de zinc.	0,10 ou plus.
Eau distillée.	30

ASTRINGENTES

— à l'acide tannique :

Acide tannique	0,30
Eau distillée.	30

— à l'alun :

Chlor. d'alumine liquide . .	0,15
Eau distillée.	30

— à l'alumine :

Alumine.	0,50
Eau distillée.	30

— au ferro-alumine :

Ferro-alumine	0,20
Eau.	30

— au perchlorure de fer :

Perchlorure de fer	0,20
Eau distillée.	30

— au sulfate de fer :

Sulfate de fer.	0,10
Eau distillée	30

Pulvérisations au chlorure de zinc :

Chlorure de zinc.	0,10
Eau.	30

— au sulfate de zinc :

Sulfate de zinc.	0,30
Eau distillée.	30

DÉTERSIVES

— alcalines :

Bicarbonate de soude. .	aa 1
Borax.	
Acide phénique	0,25
Glycérine	2,25
Eau.	30

Et la solution suivante dont nous avons parlé dans le corps de l'ouvrage sous le nom de « Solution de Dobell [1] » :

Borax.	3,50
Glycérine *phéniquée* . . .	7
Bicarbonate de soude . . .	3,50
Eau [2]	15

— au chlorate de potasse :

Chlorate de potasse	1,20
Eau.	30

— au chlorure de sodium :

Chlorure de sodium	0,30
Eau.	30

SÉDATIVES

— au bromure de potassium :

Bromure de potassium. . .	1,20
Eau	30

[1] *Winter Cough.* London, 1875, 3e édit., p. 211.

[2] L'eau doit être employée tiède. Le chlorure d'ammonium, le chlorate de potasse, ou le liquide de Condy (solution concentrée de permanganate de potasse) peuvent être substitués au borax dans cette formule.

EN USAGE DANS LA DIPHTHÉRIE

Pulvérisations à l'acide lactique :

Acide lactique.	1,50
Eau.	30

— à l'eau de chaux :

Eau de chaux	Q. S.

— au salicylate de soude :

Salicylate de soude.	1,20
Eau.	30

COTONS MÉDICAMENTEUX. — TAMPONS D'OUATE

Les tampons d'ouate sans addition de substance médicamenteuse ont été employés par Gottstein dans l'ozène simple et ont donné les plus heureux résultats. Nous avons indiqué au corps de l'ouvrage la manière dont on doit les introduire (p. 69 et 145). Dans les cas d'inflammation aiguë ou d'ulcération syphilitique de l'intérieur des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, les tampons médicamenteux proposés par le Dr Woakes peuvent être fort utiles, le remède étant de cette façon constamment en contact avec les parties malades. Les substances que l'on désire employer doivent être d'abord mélangées et dissoutes; on sature ensuite le coton et on le fait sécher en l'exposant à l'air ou à une chaleur modérée.

TAMPONS ASTRINGENTS

Tampons à l'acide tannique :

Acide tannique	2
Glycérine	0,50
Eau.	20
Ouate en couche mince . .	4

— à l'alumine :

Alumine.	2
Glycérine	0,50
Eau.	30
Ouate.	4

Tampons au perchlorure de fer :

Perchlorure de fer liquide. .	15
Glycérine	0,50
Ouate.	4

— au cubèbe :

Teinture de cubèbe.	30
Glycérine	0,50
Ouate.	4

— à l'hamamel :

Teinture d'hamamel	15
Glycérine	0,50
Ouate.	4

— au ratanhia :

Teinture de ratanhia. . . .	15
Glycérine	0,50
Ouate.	4

ANTISEPTIQUES ET DÉSINFECTANTS

— à l'acide borique :

Acide borique.	4
Glycérine	1
Eau.	1,80
Ouate.	4

— au camphre :

Camphre	2
Ether pur.	30
Ouate.	4

N. B. — Ce dernier doit être préparé dans un appartement ne contenant ni feu, ni lumière artificielle.

Tampons à l'iode :

Teinture d'iode	15
Glycérine	0,50
Ouate.	4

— à l'iodoforme :

Iodoforme.	4
Ether	40
Alcool.	10
Glycérine	0,50
Ouate.	4

SÉDATIFS

Tampons opiacés :

Teinture d'opium	15
Glycérine	0,50
Ouate.	4

REMÈDES ODORANTS

Ils consistent en inhalations sèches, dans le genre des sels odorants, on en use de la même façon ; un morceau d'ouate ou d'éponge est imbibé dans le médicament et renfermé dans un petit flacon bouché à l'émeri.

La préparation suivante est populaire en Allemagne, et nous l'avons désignée au cours de cet ouvrage sous le nom de « remède anticatarrhal » d'Hager-Brand :

Acide phénique	5
Ammoniaque liquide. . . .	5
Alcool.	15
Eau.	10

Mettre dans un flacon noir bouché à l'émeri.

PASTILLES

Il s'agit ici d'une variété de tablettes, ressemblant par leur aspect et leur consistance à la pâte de jujube. La base de la préparation est la glico-gélatine, composition qui peut être employée à la confection des pessaires et des bougies solubles. Le Dr Whistler proposa de l'utiliser (*Med. Times and Gaz.*, nov. 1878) comme un bon moyen d'appliquer l'iodoforme dans les affections de la gorge, et comme permettant de prescrire des pastilles convenant à chaque cas individuel. Ces pastilles sont particulièrement utiles dans les cas d'inflammation de la langue et du palais ; leur nature mucilagineuse contribue beaucoup à diminuer la sécheresse de la gorge. Leur consistance molle les rend aussi fort avantageuses dans les maladies de l'œsophage.

Bon nombre de substances qui ne peuvent s'allier à la gélatine, telles que le tannin, le ratanhia, le kino, peuvent être employées avec la glico-gélatine.

Voici la formule de la glico-gélatine :

Gélatine raffinée.	30
Glycérine	75
Solution amm. de carmin. .	Q. S.
Eau de fleurs d'oranger . .	75

Pour la préparer, on doit se conduire de la manière suivante : laissez la gélatine dans l'eau pendant environ deux heures, chauffez au bain-marie jusqu'à dissolution, ajoutez la glycérine et agitez les deux substances ensemble, laissez refroidir le mélange et lorsqu'il est à peu près froid, ajoutez la solution de carmin, mêlez jusqu'à coloration uniforme, et laissez le mélange se solidifier. Après avoir ajouté un des médicaments indiqués ci-dessous, on laisse refroidir de nouveau le mélange en le versant dans un vase huilé, et après refroidissement on coupe les pastilles en nombre suffisant.

30 grammes de ce mélange donnent 24 pastilles.

Nous choisissons l'iodoforme comme formule type :

Iodoforme finement pulv. .	0,06
Glycérine	0,05

Mêlez et ajoutez à ce mélange 1 gramme de glyco-gélatine fondue au bain-marie pour une pastille.

ANTISEPTIQUES

Pastilles à l'acide borique :

Acide borique finement pulv. 0,12

— à l'acide phénique :

Acide phénique 0,03

— à l'iodoforme :

Iodoforme finement pulv. . 0,06
(On peut prescrire une dose plus ou moins forte.)

STIMULANTES

— au chlorhydrate d'ammoniaque :

Chlorhydrate d'am. 0,12

— au bismuth :

Carbonate de bismuth . . . 0,18

Pastilles au bismuth et au chlorate de potasse :

Carbonate de bismuth. . .	0,18
Chlorate de potasse	0,12

SÉDATIVES

— au bismuth et à la morphine :

Carbonate de bismuth . . .	0,18
Acétate de morphine. . . .	0,15

INSUFFLATIONS

(Voyez aussi : *Poudres à priser*)

Nous avons donné (voy. vol. I, p. 782) déjà la composition des poudres employées à cet usage. La plupart d'entre elles peuvent être utilisées pour le nez et la cavité naso-pharyngienne. Nous ajoutons ci-dessous les formules qui nous ont paru les plus utiles Lorsqu'il est nécessaire d'employer un véhicule pour la substance médicinale, nous préférons ordinairement nous servir de farine de maïs desséchée. La myrrhe pulvérisée et le phosphate de chaux sont aussi parfois très utiles et rendent la poudre moins légère. La nature du remède indiquera dans quel cas on doit l'employer.

On peut quelquefois avec avantage unir ensemble deux ou plusieurs médicaments. On peut ajouter aux poudres de catechu ou d'eucalyptus, un peu d'acétate de morphine ou de bismuth lorsque ces poudres produisent une irritation trop considérable.

Insufflations d'oxychlorure de bismuth[1] (0,015 à 0,03).
— d'alumine desséchée 0,03 à 0,06.
— de catéchu pulvérisé (0,0075 à 0,03).
— de gomme rouge (une partie pour deux de farine de maïs desséchée).
— de persulfate de fer (une partie pour trois de farine de maïs.
— de ferro-alumine et farine de maïs en quantités égales.
— de Iodoforme et farine de maïs en quantités égales.

[1] C'est une préparation fine et moins irritante que le carbonate, le sous-nitrate ou l'oxyde de bismuth; elle est aussi moins soluble. Ce qui la rend plus apte à produire l'action mécanique, qui consiste à revêtir d'une couche protectrice, la surface de la muqueuse emflammée et dépourvue d'épithélium.

POUDRES A PRISER

Elles sont surtout utiles pour faire avorter le coryza au début. On doit en user fréquemment, mais ne pas les continuer pendant plus de quarante-huit heures.

Sulfate de morphine	0,12
Sous-carbonate de bismuth.	3,50

M. ft. P.

La formule suivante est connue sous le nom de Poudre à priser du Dr Ferrier[1].

Poudre au bismuth composée de :

Hydrochlorate de morphine.	0,12
Poudre d'acacia.	7,50
Sous-nitrate de bismuth . .	20

M. ft. P.

User un quart ou la moitié de cette poudre en vingt-quatre heures.

La poudre suivante est recommandée par Dobell[2] dans le catarrhe chronique rétro-nasal :

Camphre.	aa 4
Acide tannique.	
Sucre blanc.	
Tabac à priser bien desséché.	

M. ft. P.

A priser matin et soir et aussi une ou deux fois dans la journée; on doit cesser l'usage de cette poudre dès qu'il survient un accès de catarrhe aigu, pour la reprendre dès qu'il a cessé.

[1] *Lancet*, 1876, vol. I, p. 525.
[2] *Op. cit.*, p. 211.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.